論　著

看見她們的身影：穿梭在戰後臺灣社區間的衛生所公共衛生護士（1950-1970 年代）*

張　淑　卿**

* 本文係科技部專題研究計畫「協和、戰地救護、軍護與國際援助：以周美玉為案例之分析，1926-2001」（MOST 106-2511-S-182-002-MY3）、「修補心臟：台灣心導管技術的發展歷程、實作與人員培訓，1980s-2010s」（MOST 111-2410-H-182-018-MY3）及長庚醫學研究計畫 BMRP961 研究成果。初稿曾於 2022 年 9 月 24 日中央研究院近代史研究所舉辦的「她們與公衛的距離：婦女與戰後台灣公共衛生，1950-1970 年代」研討會發表。感謝與會專家學者和與談人郭文華教授的評論，以及兩位匿名審查人提供詳實且精闢的修改建議。
收稿日期：2023 年 7 月 24 日，通過刊登日期：2023 年 11 月 30 日。
** 長庚大學人文及社會醫學科教授；林口長庚醫院病理科合聘研究員。
電子信箱：d868404@mail.cgu.edu.tw

©中央研究院近代史研究所

摘　　要

護士（日治時期稱為看護婦）在日治時期是一個女性新興職業，至 1980 年代之前，亦由女性獨佔該項工作。臺灣地區公共衛生工作之推廣始於日治時期，特別是日治後期的「保健婦」一職，可說是臺灣公共衛生護士之先驅。1945 年中華民國政府治臺後，在美援以及政府資源的投注下，遍及各鄉鎮的衛生所成為臺灣最基層的公共衛生機關，其中負責宣導各項衛生事務、預防保健、婦幼衛生、傳染病防治相關知識與政策者，即是公共衛生護士。除在衛生所執行其業務外，公共衛生護士最重要的工作之一即是家庭訪視，她們運用自身的女性角色與家庭主婦建立關係，在家庭訪視過程中不僅觀察受訪家庭的生活實況，同時傳達「正確的」衛生知識。本文擬運用檔案、衛生類雜誌、農復會工作報告，以及報紙等資料，透過 1950 至 70 年代衛生所公共衛生護士的培訓、衛生所工作的實作及家庭訪視，呈現出戰後臺灣衛生所公共衛生護士的形象，以及衛生知識如何在衛生所護士與婦女間流動。

關鍵詞：公共衛生、公共衛生護士、家庭訪視、衛生所、護理史

前言

公共衛生護士（Public Health Nurse）是執行公共衛生護

理（Public Health Nursing）的專門人員。[1] 公衛護理包含公共衛生與護理兩個面向，與一般民眾較熟悉的臨床護理相較，其不同之處在於公衛護理不僅須注意個人、家庭以及社區的健康，同時須關照疾病與傷害預防以及增進健康等面向。簡而言之，所謂公衛護理是藉由組織的社會力量，提供個人、家庭、社區服務，應用醫學、衛生學、社會學等方法，矯正生理與心理缺點、預防疾病的發生，以及保持健康，必要時須進行居家訪視與護理。[2] 其目的在於提倡公共衛生、促使民眾合作、協助民眾早期發現健康問題、輔導民眾履行健康生活，進而促進民眾的健康。[3] 爲落實上述之公衛護理工作目標，在 1960、70 年代，公衛護士須執行的公衛護理業務包含家庭健康管理、家庭訪視、婦幼衛生護理工作、傳染病防治、非傳染病防治、一般門診工作、急救，以及紀錄和報告等八大類別工作。[4]

走入病患家庭進行照護的公衛護理工作模式，最早起源於 19 世紀末的美國，當時美國社會人口快速成長，疾病與移民、窮人相互連結。此時細菌理論的出現讓醫生、衛生官員、衛生學者相信，阻斷細菌的傳播即能控制傳染病。[5] 當

1 為行文之便，將公共衛生護士與公共衛生護理分別簡稱為公衛護士與公衛護理。

2 左如梅、馮德馨、劉瓊宇編著，《公共衛生與公共衛生護理學》（臺北：南山堂出版社，1983），頁 6。

3 佟世俊、朱寶鈿，《公共衛生與公共衛生護理》（臺北：正中書局，1973），頁 37-46。

4 臺灣省衛生處編，《公共衛生護理手冊》（出版地不詳：臺灣省政府衛生處，1968），頁vi-viii。

5 John Duffy, “Social Impact of Disease in the Late Nineteenth Century,” *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 47:7 (July 1971), pp. 797-798.

時一些來自紐約、費城、波士頓以及水牛城等城市的富有且帶有慈善心的婦女，認爲上層階級人士生病之後，可以請私人醫生到家看診或至醫院尋求治療，然而貧窮者只能待在家裡自我療養或至診所就醫。[6] 於是聘僱受過訓練的護士到生病的窮人家中進行訪視，並將疾病照護與清潔觀念帶給這些貧窮且生病的城市居民。[7] 訪視護士不僅帶給貧苦病患醫療衛生訊息以預防疾病，同時也藉由訪視活動，傳遞健康的家庭生活與道德修養。她們走進貧民區，爬上樓梯走進陰暗的房屋內進行探視行動，很快地引起政府與社會改革者的注意，進而獲得更廣大的支持。[8]

至 1910 年，訪視護士已經在各類型的疾病預防活動中扮演重要角色，例如：藉由結核病患的家庭訪視，傳遞預防措施並將結核病患列冊管理。[9] 雖然大多數疾病預防計畫是由志願組織，例如：訪視護士協會發起，但這些計畫與訪視工作，至 1920、30 年代左右由當地的教育或衛生相關單位接管，發展出以家庭爲單位的公衛護理形態，進而成爲政府施政的一環。[10]

---

6 C. E. Rosenberg, "Social Class and Medical Care in Nineteenth-century America: The Rise and Fall of the Dispensary," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 29:1 (January 1974), pp. 32-54.

7 Karen Buhler-Wilkerson, *False Dawn: The Rise and Decline of Public Health Nursing* (New Brunswick: Rutgers University Press, 2021), pp. 1-7.

8 Harriet Fulmer, "History of Visiting Nurse Work in American," *The American Journal of Nursing* 2:6 (March 1902) pp. 411-425. Rima Apple, "'Women's Mission among Women': Unacknowledged Origins of Public Health Nursing," *Nursing History Review* 26:1 (January 2018), pp. 55-67.

9 Karen Buhler-Wilkerson, "Left Carrying the Bag: Experiments in Visiting Nursing, 1877-1909," *Nursing Research* 36:1 (January/February 1987), pp. 44-45.

10 Karen Buhler-Wilkerson, "Public Health Nursing: In Sickness or in

訪視護理以地段為訪視單位。[11] 最著名的是 Lillian Wald（1867-1940）於 1893 年在紐約設立的 Henry Street Settlement（亨利街之家）。Wald 認為疾病的產生與社會環境密不可分，她除了組織護士至貧困的病人家中訪視，提供照護之外，也注意到移民者、幼童的生活需求。對 Wald 而言，公共衛生護理不只是預防疾病，更重要的是了解民眾需求，甚至改革社會，民眾才能擁有健康。[12] 第二次世界大戰後，大眾開始關注軍人、營區家庭和工人的健康，同時針對婦嬰衛生、梅毒和肺結核提出控制計畫，公共衛生護士在這些計畫當中都扮演關鍵性角色。[13] 至 1950 年代，因國際合作之故，促使公共衛生與公共衛生護理成為美國援助他國，或世界衛生組織的重要任務，在受援國經常可以看到外籍公共衛生護理專家的身影。[14]

臺灣地區有制度性的訓練護理人員始於日治時期。[15] 護士（日治時期稱為看護婦）在日治時期是一個女性新興職業，雖

Health?" *American Journal of Public Health* 75:10 (October 1985), pp. 1158-1160.

11 公衛護士負責的工作區域稱為「地段」（district），一位公衛護士負責一至兩個村或里。

12 Joan Kub, Pamela A. Kulbok, and Doris Glick, "Cornerstone Documents, Milestones, and Policies: Shaping the Direction of Public Nursing, 1890-1950," *Online Journal of Issues in Nursing* 20:2 (May 2015) p. 3. PMID: 26882422.

13 Doris E. Roberts and Janet Heinrich, "Public Health Nursing Comes of Age," *American Journal of Public Health* 75:10 (October 1985), pp. 1164-1165.

14 Doris E. Roberts and Janet Heinrich, "Public Health Nursing Comes of Age," *American Journal of Public Health* 75:10, p. 1167.

15 游鑑明，〈日據時期的臺籍護士〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，期 23（1994 年 6 月），頁 369-404。

然在 1950 年創校的「臺大醫院附設高級護士職業學校」（簡稱「臺大護校」）第一屆招生時，因應泌尿科、精神科以及手術室的需求，曾招收 10 位男性，但考量課程與住宿等安排，自第二屆起即停招男性，直至 1980 年代中期之前，護理教育僅招收女性，護士成爲專屬於女性的職業。[16] 臺灣地區公共衛生工作之推廣始於日治時期，[17] 特別是日治後期的「保健婦」一職，可說是臺灣公衛護士之先驅。[18]

1945 年，中華民國政府於 10 月正式接收臺灣，當時因受戰爭影響，人民流動極大，醫療系統無法正常運作。有許多日籍醫療衛生工作人員隨著統治政權的轉移，在 1945-46 年相繼離開臺灣，醫療衛生人力不足在戰後初期逐漸呈現，重建醫療衛生體系成爲當務之急。[19] 1950 年代初期，衛生所成爲臺灣地區最基層的公共衛生機構，與民眾進行第一線的接觸，而其成員除了醫師（兼任衛生所主任）外，公衛護士是最重要的成員。

1945 年中華民國政府治臺後，在美援、中國農村復興委員會（農復會）以及政府資源的投注下，遍及各鄉鎮的衛生

16 蔡幸娥，《護理的信心：走過臺灣歷史的足跡》（高雄：信心護理文教基金會，2001），頁 236-237。

17 范燕秋，〈日據前期臺灣之公共衛生──以防疫為中心之研究（1895-1920）〉（臺北：國立臺灣師範大學歷史研究所碩士論文，1994 年 6 月）。

18 劉士永，〈「清潔」、「衛生」與「保健」：日治時期臺灣社會公共衛生觀念之轉變（修訂稿）〉，收入李尚仁編，《帝國與現代醫學》（臺北：聯經，2008），頁 271-323，特別是 308-313。該文原刊登於《臺灣史研究》，卷 8 期 1（2001 年 10 月），頁 41-88。本修訂稿對於 2001 年版本之內容與論證均有所增修與刪減。

19 李悌元，〈臺灣省公共衛生的重要措施〉，《臺灣醫界》，卷 14 期 11（1971 年 11 月），頁 9-10。

所成爲臺灣最基層的公共衛生機關，其中負責宣導各項衛生事務、預防保健、婦幼衛生與傳染病防治相關知識與政策者，即是公共衛生護士。除在衛生所執行其業務外，公衛護士最重要的工作之一即是家庭訪視，她們運用自身女性角色與家庭主婦建立關係，在家庭訪視過程中不僅觀察受訪家庭的生活實況，同時傳達「正確的」衛生知識。

相較於將醫師、傳染病防治或公共衛生制度作爲歷史研究主題，臺灣護理史研究仍有相當的發展空間。游鑑明將日治時期的看護婦視爲當時女性的新興職業，曾就日治時期看護婦培育、就業情況、工作異動提出見解，其中提及在社區服務的看護婦；日治時期接受看護婦訓練的女性並不多，需要看護婦執行預防保健相關業務的學校或社區也有限，但因爲能離開醫院至社區工作，以及服務對象以臺人爲主，故對於臺籍看護婦而言是個好選擇。[20] 劉士永在論及 1930 年代美式公共衛生學對日本與臺灣的影響時，提及隨著戰時動員體制的形成，以及厚生省成爲改善國民體格的政策擬定與執行機關，美式公共衛生制度下的公共衛生護士（public health nurse）成爲日本的「保健婦」，源自美國的 public health station 則成爲保健所。1941 年臺灣設立保健協會，其重要工作成員即包含 9 名保健婦。劉文中指出戰後臺灣美式公衛護理的開端，應始於 1941 年臺灣保健協會所屬的臺北保健館，以及在館內服務的保健婦；而這些保健婦對戰後公衛護理的推動

---

20 除前引的〈日據時期的臺籍護士〉一文外，亦可參見游鑑明，《日本殖民下的她們：展現能力，引領臺灣女性就業的職場女先鋒》（新北：臺灣商務印書館，2022），頁 282-348。

有一定貢獻。[21]

若從臺灣護理史角度觀之，劉仲冬爲《護理雜誌》「護理發展史」專題撰寫的〈我國的護理發展史〉一文，則從中國歷史上的女性照護談起，她認爲中國（包含臺灣）的護理史是一部交織著文化移植、殖民、族群及性別的故事，該文依歷史發展時序，自漢人傳統文化的照顧體系、宣教醫學、中日戰爭、日本統治下的臺灣，至國民政府時代，特別是對於西方護理在中國的發展，提供寶貴資料。[22] 另外，蔣欣欣的研究則強調大陸協和體系來臺之後，對戰後臺灣醫護教育的影響。她認爲出身於協和體系的周美玉（1910-2001）、余道真（1912-1996）等人對於護理品質，以及護理教育提升至大學護理系層級有重要貢獻；認眞、負責、努力工作、參與性合作、追求卓越等協和精神，也展現在戰後臺灣國防醫學院的教學與研究之中。[23] 以蔡淑鳳爲第一作者的〈從護理史探討臺灣的護理發展脈絡〉一文，[24] 則將臺灣護理的發展分成三個不同時期，分別是：西方教會醫療下的外籍護士、日本殖民時期的看護婦、戰後多元快速發展的專業護士，並從

21 劉士永，〈「清潔」、「衛生」與「保健」〉，收入《帝國與現代醫學》，頁 308-313。

22 劉仲冬，〈我國的護理發展史〉，《護理雜誌》，卷 53 期 3（2006 年 6 月），頁 6-20。

23 蔣欣欣，〈老協和精神對臺灣的影響：英美醫護教育的傳承〉，收入余玉眉、蔡篤堅主編，《臺灣醫療道德之演變：若干歷程及個案探討》（臺北：國家衛生研究院，2003），頁 41-67；蔣欣欣、喻永生，〈夥伴關係的傳承與實踐：西方醫護教育在臺灣的發展〉，《源遠護理》，卷 1 期 1（2006 年 11 月），頁 23-28。

24 蔡淑鳳、吳濟華、陳永興、戴正德，〈從護理史探討臺灣的護理發展脈絡〉，《臺灣醫學人文學刊》，卷 7 期 1-2（2006 年 6 月），頁 91-112。

中歸納出各時期的發展特色分別是：犧牲奉獻、從屬壓抑與缺乏領導特質。

張淑卿的研究指出 1950、60 年代臺灣大學護理教育與國際援助有密切關係。[25] 此外，林慧屏以埔里基督教醫院附設護校（1958-1970）爲案例，指出埔基護校的理念、任務、宗教、價值，以及埔基護校因無法順利取得立案而結束訓練課程後，仍留下其重要資產：關懷文化與情操的傳承與實踐。[26] 錢美容訪談彰化基督教醫院附設護校畢業生，指出護理人員將其信仰的價值觀內蘊於護理價值中，並實踐於護理照顧中，對於專業倫理與工作價值產生正面影響。[27] 張淑卿也曾以埔基、門諾護校爲例，探討護校教學內容、護校無法通過立案之原因、信仰的影響，及臺灣偏遠地區醫療照護服務的貢獻；[28] 戰後護理期刊與護理教科書，對於護理科系學生以及護士的

---

25 二次世界大戰後，國際援助機構透過經費補助，選派人員至美進修，以建立當地現代護理體系之議題，目前是研究 1950、60 年代美式護理擴散至非西方世界的重要議題。相關研究可參閱 Madelaine Healey, "Seeds that May Have Been Planted May Take Root: International Aid Nurses and Projects of Professionalism in Postindependence India, 1947-65," *Nursing History Review* 16 (February 2008), pp. 58-90. Marianne Taliberg, "Venny Snellman, Finnish Nurses, and Rockefeller Foundation Support, 1929-1959," *Nursing History Review* 14 (February 2006), pp. 175-188.

26 林慧屏，〈埔里基督教醫院附設護士學校（1958-1970）之個案研究〉（臺南：長榮大學護理學研究所碩士論文，2009 年 5 月）。

27 錢美容，〈護理生命歷程經驗之敘說研究——以台灣教會醫院附設護校畢業護理人員為例〉（臺南：長榮大學護理學系碩士論文，2013 年 12 月）。

28 張淑卿，〈傳教護理在臺灣——以 1950-1970 年代的埔基護校與門諾護校為例〉，收入黃文江、張雲開、陳智衡主編，《變局下的西潮：基督教與中國的現代性》（香港：建道神學院，2015），頁 337-356。

專業與性別認同也有一定的影響。[29] 盧孳艷的科技部計畫研究成果指出，探究戰後臺灣公共衛生護士的發展，須注意戰後公共衛生體系的建立、照護實作之中性別與科技之關係，以及公衛護理是護理專業與家政知識的結合。[30]

基於前人研究成果，筆者發現公衛護士及其在衛生所內的實作是較少被觸及的議題，因此，本文擬運用檔案、衛生類雜誌、農復會工作報告，以及報紙等資料，透過 1950 至 70 年代衛生所公共衛生護士的培訓、衛生所工作的實作及家庭訪視，呈現出戰後臺灣衛生所公共衛生護士的形象，以及衛生知識如何在衛生所護士與婦女間流動。

一、衛生所與戰後臺灣公共衛生護士的出現

基層衛生組織與人力是否完備，攸關公共衛生及其護理能否落實於民間。1940 年，日本厚生省頒訂「保健婦規則」。依據此規則，保健婦的職責為疾病預防指導、婦嬰保健指導、傷病者療養指導，以及日常生活中的衛生保健指導。其資格為具看護婦或產婆資歷一年以上，並經各地方州廳主辦的保健婦試驗及格，方能擔任保健婦。保健婦試驗的科目包含解

29 張淑卿，〈臺灣護士形象的源起與建構：以《護士季刊》為案例的分析〉，《長庚人文社會學報》，卷 8 期 2（2015 年 10 月），頁 257-299；劉盈君，〈護理科學文本如何型塑護理專業中的性別隔離〉，《人文社會與醫療學刊》，期 1（2014 年 4 月），頁 57-75。

30 盧孳艷，〈醫療照護的跨界流動：專業形構、國際援助與知識生產——戰後國際援助下臺灣公共衛生護理知識典範與實務工作之延續或斷裂〉，科技部專題研究計畫期末報告，MOST 104-2511-S-010-001-MY2，2015 年 8 月 1 日至 2017 年 9 月 30 日。

剖學大意、生理學大意、環境產業及學校衛生大意、結核病等慢性傳染病預防及寄生蟲病預防大意、急性傳染病預防大意、母性及乳幼兒衛生大意、營養大意、急救處置及消毒方法、綳帶術與治療器械取用法、衛生法規大意、社會事業大意、社會保險大意。通過測試者，由地方州廳頒與免許證，方能正式成爲保健婦。[31] 日治後期的保健婦工作大抵以疾病防治指導、育兒諮詢、保健諮詢、婦女生育與健康問題諮詢爲主。[32] 由於日治時期的臺灣民眾對於保健婦並不熟悉，曾有保健婦在路上走訪時被誤認爲是「賣膏藥」的趣事發生。[33]

1941 年，財團法人臺灣保健協會爲配合臺灣總督府的施政，於臺北末廣町成立臺北保健館。其內部組織分爲四個部門：庶務部、母子衛生部、預防衛生部、保健指導部，主要工作爲家庭訪視、結核病患者調查、新生兒調查、集團與學校健康檢查、衛生宣導以及預防接種。服務的範圍爲末廣町、築地町、新起町、壽町、榮町、京町、西門町、老松町、若竹町，約爲今日萬華區和中正區一帶，共有 400 至 500 戶家庭。[34]

根據劉士永之研究，1941 年創立的臺北保健館是美式公共衛生護理在臺之開端。[35] 公共衛生護理爲臺北保健館成立之後最重要業務，該館在日治時期，仿照美國公共衛生護理

---

31 佚名，〈保健婦規則制定〉，《臺灣學校衛生》，卷 4 期 2（1941 年 4 月），頁 90-91。

32 佚名，〈臺北庶民信用組合の巡廻保健婦と助産婦〉，《社會事業の友》（臺北），期 155（1941 年 10 月），頁 39。

33 楊金燕，《百歲醫師以愛奉獻：楊思標教授的醫者之路》（臺北：經典雜誌，2017），頁 167。

34 臺灣保健協會，〈臺北保健館の開設に當りて〉，《社會事業の友》，期 154（1941 年 9 月），頁 34-35。

35 劉士永，〈「清潔」、「衛生」與「保健」〉，收入《帝國與現代醫學》，頁 308-313。

模式，試辦小規模的地段管理；1940 年設立之初設有保健婦共 10 人，每人需負責管理人口 15,000 人的地段；[36] 1943 年，因業務量增加，保健婦人數從 10 人增加至 16 人，並增設營養士 1 人；至戰爭結束前已有 20 名保健婦於館內服務。[37]

1943 年，為培育「保健婦」，由畢業於東京聖路加女專的陳翠玉（1917-1988）於臺北保健館創辦「南方要員研究所保健婦養成所」，以補充當時公共衛生護理人力之需求。此養成所共舉辦 3 屆，後因戰爭影響而停辦。前兩屆學員須是各州廳推薦之在職資深看護婦與產婆，受訓時間為 6 個月。其中僅第一與第二屆完成完整訓練，第三屆因戰爭結束而提前結業。前兩屆結訓人數均為 24 人。依陳翠玉回憶，這群學生自主學習風氣極高，學習意願強烈，包含要求學習英語。由於進入該養成所的學生都是來自地方的資深優秀人員，有工作經驗，且理解能力強，獨立思考與判斷力佳，故能快速掌握公共衛生理念；其中有 7 名畢業生於 1946 年遠赴南京的國立中央衛生實驗院，參加公共衛生訓練課程。[38]

因政權轉移，臺北保健館於 1945 年起隸屬臺灣省行政長官公署管轄，後配合組織改制，1947 年由臺灣省衛生處接管，掌理該館教學區內公共衛生設計、實驗、示範以及全臺公共衛生技術人員訓練，並以臺北市龍山區和城中區為都市教學區，中和鄉為鄉村教學區。[39] 臺北保健館的保健婦在戰後初期公共衛生護理知識與技術的推動上，不論身處衛生院

---

36 臺灣省臺北保健館編，《臺灣省臺北保健館工作報告》（臺北市：臺灣省臺北保健館，1959），頁 5。

37 蔡幸娥，《護理的信心》，頁 214-215。

38 李錦容，《臺灣女英雄：陳翠玉》（臺北：草根，2009），頁 60-61。

39 臺灣省臺北保健館編，《臺灣省臺北保健館工作報告》，頁 4。

（局）或衛生所，都扮演重要角色。

日本治臺時期並無如同戰後各鄉鎮區衛生所等街庄衛生所之設立。1945 年，依「臺灣省行政長官公署組織條例」第一條，臺灣省設行政長官公署，掌理全省政務。[40] 公署將原先隸屬於臺灣總督府之醫療衛生機構及其所屬工作人員接收調整後，進而管理，包含 12 家省立醫院、臺北保健館、衛生試驗所、檢疫總所，以及松山、樂生與錫口等三家療養所。[41] 各縣市依其人力、財力與物力，設立衛生院以及鄉鎮區衛生所，以處理各轄區內的衛生保健與防疫事宜。[42] 1947 年二二八事件後，臺灣省政府組織改組，省設衛生處，縣市設衛生院，鄉鎮區設衛生所，偏遠村落得設衛生室；衛生所隸屬於衛生院，但由鄉鎮長負監督之責。[43]

1949 年夏天，中央衛生實驗院、臺灣省衛生處以及農復會共同調查全臺衛生設施，發現全臺共有 104 處衛生所，部分衛生所的房舍是沿用日治時期當地的瘧疾防遏所，且有將近半數的衛生所無法正常運作。[44] 農復會於 1948 年在南京成立，為一中美聯合設置之機構，該會由 5 位委員組成（中

---

40 〈臺灣省行政長官公署組織條例（1945 年 9 月 20 日國民政府公布）〉，《臺灣省行政長官公署公報》（臺北），卷 1 期 1（1945 年 12 月 1 日），頁 1-2。

41 臺灣省行政長官公署秘書處編輯室、民政處秘書室編，《臺灣省行政長官公署施政報告》（臺北：臺灣省行政長官公署秘書處編輯室、民政處秘書室，1946），頁 56-60。

42 〈臺灣省各縣市區衛生分院組織章程〉，《臺灣省行政長官公署公報》（臺北），1947 年春字號第 38 期（1947 年 2 月 15 日），頁 594-595。

43 〈臺灣省各縣市區衛生所組織章程〉，《臺灣省政府公報》（臺北），1948 年秋字號第 62 期（1948 年 9 月 14 日），頁 732。

44 行政院農業委員會編，《中國農村復興聯合委員會工作報告》，期 4（1952 年 7 月 1 日至 1953 年 6 月 30 日），頁 102。

方 3 人、美方 2 人)。其經費由美國對華經援資金總數的 10%做爲專款。[45] 該組織設有四大工作目標:一、改善農民生活;二、增加農業生產;三、改善鄉村衛生;四、加強農業及農民相關組織的效能。[46] 1949 年,農復會與上述機構合作,探究衛生所無法運作之因,結果顯示在於財政困難、人員流動大或無衛生專業人員,因此無法推動地方衛生業務。[47] 改善鄉村衛生是農復會成立的重要工作項目之一。在 1949 年年底,農復會開始補助各鄉鎮成立衛生所或改善設備,其補助條件包含:須有獨立房舍,且必須有專任人員(包括醫師、公共衛生護士和助產士各一人);地方人士須組成衛生委員會,負責協助籌措款項與處理一般事務。[48] 1952 年起透過美援,農復會撥配藥品、器材、經費並給予技術指導,同時提供 5 種不同設計藍本,供各鄉鎮按人口多寡與財力選用合適之版本;至 1958 年,全臺已有 90%的衛生所是該類型的標準化衛生所。[49] 衛生所自此成爲最前線也是最基層的衛生機構,其工作內容包含:診治疾病、通報傳染病、推行預防接

45 行政院農業委員會編,《中國農村復興聯合委員會工作報告》,期 1(1948 年 10 月 1 日至 1950 年 2 月 15 日),頁 1-2。

46 張憲秋,〈政府播遷臺灣前中國農業改進之重要階段〉,收入中華農學會編,《中華農學會成立七十週年紀念專集》(臺北:中華農學會,1986),頁 53-54。

47 〈臺灣省政府代電〉,《臺灣省政府公報》,1949 年夏字第 64 號(1949 年 6 月 20 日),頁 804。

48 行政院農業委員會編,《中國農村復興聯合委員會工作報告》,期 3(1951 年 7 月 1 日至 1952 年 6 月 30 日),頁 125。

49 行政院農業委員會編,《中國農村復興聯合委員會工作報告》,期 10(1958 年 7 月 1 日至 1959 年 6 月 30 日),頁 31;陳愈之,〈衛生所工作從此步入坦途〉,《衛生雜誌》(臺北),卷 3 期 10(1951 年 12 月),頁 4-5。

種、舉辦各種衛生教育活動、辦理婦幼衛生、學校衛生、改善環境衛生、衛生稽查等，同時也須支援衛生室辦理各項衛生相關工作。[50]

依據1957年臺灣省衛生處頒定的衛生所工作分配標準，各衛生所須明定詳細工作分配表，並依上、下午時段公告。關於工作之分配，按照衛生所員額爲8至9員、6至7員、5員以下，依序分爲甲等、乙等、丙等衛生所。所內經常性辦理的工作，每週分配時間，以甲等衛生所爲例，星期一至六每日上午均爲一般（包含性病）門診及家庭訪視；星期一下午爲產前產後門診、家庭訪視、環境衛生；星期二下午辦理巡迴衛生工作、家庭訪視；星期三下午進行學校衛生、兒童會、家庭訪視；星期四下午爲兒童健康檢查、預防接種、家庭訪視；星期五下午爲母姊會或鄰會、環境衛生、巡迴衛生工作、家庭訪視；星期六下午舉行該週工作檢討會議。[51] 公共衛生得以推展，除了衛生機構的成立外，衛生人員的訓練與配置更有關鍵性的影響。做爲第一線也最接近民眾的衛生所，其工作人員依衛生所規模、轄區民眾人數，員額略有差異，然大抵包含主任兼醫師1人、公共衛生護士1至4人、助產士1人、衛生試驗稽查人員1人、醫護佐理員（保健員）

---

50 〈臺灣省各縣市區衛生所組織規程〉，《臺灣省政府公報》，1948年秋字第62號（1948年9月14日），頁732；顏春輝，〈地方衛生問題〉，《衛生雜誌》，卷1期9（1950年9月），頁8。

51 乙等衛生所每日上午工作與甲等衛生所相同，下午減少一次巡迴衛生工作。丙等衛生所每日上午僅辦理一般（包含性病）門診，下午工作亦比照乙等衛生所辦理。〈令各衛生院為規定各衛生所經常基本工作4點，希遵照〉，《臺灣省政府公報》（南投），1957年秋字第2號（1957年7月2日），頁20-22。

1 人等。[52]

臺北保健館做爲公共衛生護理的示範單位，可以從該館在 1950 年代進行的示範業務，大略推理出當時衛生所公衛護士負擔的重點工作。首先是家庭訪視。爲了推行家戶衛生，保健館將教學區再細分爲 10 個地段，由 10 位公共衛生護士負責，每個地段約 500 戶，積極推動家庭訪視，凡是家庭之環境、收入、職業、健康、生活習慣、信仰、教育程度、對現代醫學之認識、家庭成員治療用藥以及家中成員情感，均須填入家庭計畫表。家庭訪視的目的在於推動衛生教育、進行衛生觀察、宣導防癆常識、矯正陋習、推行預防接種、應用家庭護理以及簡易的危傷急救等工作，地段訪視的列管個案則包含產前、產後、新生兒、嬰兒、學齡前、結核病患以及性病病患。[53] 其次是協助家庭接生業務。凡是曾接受保健館公衛護士產前檢查且有列案管理者，皆可接受保健館助產士免費接生。第三項公衛護理工作爲兒童會與母親會。母親會的主要工作在於召集地段內母親，教授育兒法、婦嬰衛生、傳染病預防、家庭護理以及營養示範；兒童會則是召集地段內的兒童，藉由傳唱衛生歌、玩遊戲，學習各種衛生習慣。根據 1950 至 1958 年的該館統計資料顯示，家庭訪視類別以產後、新生兒、嬰兒以及學齡前的訪視次數分居前四名，可見得婦嬰衛生在 1950 年代的家庭訪視中是最重要的業務。[54]

---

52 〈臺灣省各縣市區衛生所組織規程〉，《臺灣省政府公報》，1948 年秋字第 62 號，頁 732。

53 臺灣省臺北保健館編，《臺灣省臺北保健館工作報告》，頁 6；王耀東，〈保健館及本省保健工作之進展（續一）〉，《衛生雜誌》，卷 2 期 8（1951 年 4 月），頁 6-8。

54 臺灣省臺北保健館編，《臺灣省臺北保健館工作報告》，頁 6-8。

公共衛生護士所從事的工作代表了公共衛生與護理兩個內涵，因此，公共衛生護理是藉由組織力量提供社區、家庭、個人的一種服務；提供服務者須具備親切與同理態度，以及刻苦耐勞的精神，應用醫學、公共衛生學、社會學的方法，協助健康者與生病者進行預防疫病或延緩疫病的進程，進而延長壽命或養成健康生活習慣。[55] 因此，衛生所聘用的公共衛生護士須具備護士資格，亦即接受完整的護士訓練。然而，在戰後初期護理人力極為缺乏。根據聯合國善後救濟總署以及洛克斐勒基金會（Rockefeller Foundation）於 1946 年在臺灣進行的護理狀況調查，當時臺灣只有陳翠玉與鍾信心（1923-2023）兩位註冊護士（registered nurse），以及 200 位有照護士與 600 位畢業護士。有照護士係指日治時期看護婦，通過中華民國政府的考試，取得護士證書者；若畢業於日治時期看護婦養成所，於戰後未通過政府考試，則稱為畢業護士。[56] 1950 年代有國防醫學院、臺大護校、臺北護校（臺北護專）、臺中護校以及臺南護校陸續成立，逐漸補充護理人力需求。1960 年代之後，政府鼓勵私人興辦五年制專科學校，特別在 1965 至 1969 年間，大量增設五專，其中不乏五年制護理助產專科學校。[57] 至 1970 年代的人力因護理人力增加，衛生所公衛護士是較受歡迎的工作選項，至 1970 年

55 左如梅、馮德馨、劉瓊宇編著，《公共衛生與公共衛生護理學》，頁 5-6。

56 Rockefeller Foundation Archives, USA, RG2, Series 1947 Sub-series 605C, Box 347, Folder 2411, RAC. 張淑卿，〈美式護理在臺灣：國際援助與大學護理教育的開端〉，《近代中國婦女史研究》，期 18（2010 年 12 月），頁 125-174。

57 趙淑員，《臺灣護理教育發展研究》（臺北：高立圖書，2005），頁 29。

代後期，衛生所公衛護士聘任不足的問題逐漸緩解。而選擇擔任公衛護士者，多半較不喜歡在醫院接受醫師指揮，而喜歡這項工作的獨立自主性。[58]

1950 年代初期，由於服務於衛生所之公衛護士以接受日治時期的看護婦訓練爲主，因此政府藉由公共衛生護理訓練班強化其知識及技能。[59] 例如：1926 年出生，畢業於花蓮港醫院看護婦養成所的高招治，完成專業訓練即在花蓮港醫院擔任看護婦；她任職於花蓮市衛生所期間，於 1954 年被選派參加臺灣省公共衛生人員訓練班，完訓後回到原衛生所服務。在 1950 年代，衛生所工作包含婦幼衛生與孕前衛生，對象是婦女與六歲以下兒童；施打預防針；傳染病防治。[60]

此類型訓練班係由農復會、中央衛生實驗院等單位合辦，在桃園縣與新竹縣衛生院下設置公共衛生護理訓練班，由農復會撥款興建訓練場所及學員宿舍，中央衛生實驗院提供該班教學之師資。訓練班於 1953 年正式開班授課，一方面在教學示範區內協助指導實際推行公共衛生護理的服務工作，一方面也負責實習指導及教學的工作，使理論與實際相配合，以達到「做中學」的目的；其調訓對象包含全臺衛生院所公共衛生護士、衛生檢驗員與助產士；課程安排上，

58 莊素卿主編，《臺灣護理典範：傑出護理人員專業貢獻獎得獎人》（臺北：臺灣護理學會，2007），頁 59。公衛護士屬於公職人員，當時需每週工作 44 小時，享有公務人員各項福利與生活津貼，服務滿 25 年即可申請退休。目前無法得知公衛護士與臨床護士的薪資差異，若臨床護士在公立醫院亦屬於公職人員，薪資與福利差異可能不大。

59 臺灣省臺北保健館編，《臺灣省臺北保健館工作報告》，頁 6。

60 王耀東，〈保健館及本省保健工作之進展（完）〉，《衛生雜誌》，卷 2 期 12（1951 年 6 月），頁 12；蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》（花蓮：花蓮縣衛生局，2007），頁 90。

每期訓練四星期，著重培養正確的公共衛生觀念及積極的服務意願與態度，並使之熟練一些基本的技術，其中特別重視無菌與消毒技術、家庭訪視方法、衛生教育方法等。[61] 以新竹訓練中心爲例，學員完成課室課程後，須至新竹縣衛生院門診部實習產前產後檢查、兒童檢查，並參與婦嬰衛生門診、實習家庭訪視，以及前往工廠、水源地、省立醫院、新竹市衛生所等處參訪。在此以職業訓練快速補充人力的作法下，僅實施一年，共訓練 510 人。[62] 而爲確實落實公共衛生護理，省衛生處、農復會以及中央衛生實驗院組織巡迴督導團，赴各衛生所直接督導其工作以及設施標準，以期所有衛生所均能擔負起衛生事業最前線之工作。[63]

此外，桃園與新竹兩訓練班，於 1953 年接受各護理學校委託，指導各校已完成校內公共衛生課程之學生實習；學生分批前來，每批實習期間爲 6 週。1954 年因人力不足，新竹訓練班停辦，後由桃園訓練班負責教學實習。參與實習之學校，計有省立臺北護專、臺北、臺中及臺南三所省立護校，以及臺大護校與國防醫學院等。[64]

如同前述的臺北保健館、中央衛生實驗院公共衛生護士訓練班，臺北公共衛生教學示範中心是 1960-70 年代重要的公共衛生護士示範與人才養成機構。1959 年 7 月，臺灣省公

---

61 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史》（臺北市：行政院衛生署，1995），冊 2，頁 882-883。

62 新竹縣政府編，《新竹民主縣政三年》（新竹：新竹縣政府，1954），頁 140。

63 顏春輝，〈五年來的臺灣衛生〉，《衛生雜誌》，卷 1 期 12（1950 年 11 月），頁 10。

64 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史》，冊 2，頁 883。

共衛生教學實驗院於臺北市成立，取代原來的臺灣省立臺北保健館之功能與職責。1959 年 10 月，臺灣省公共衛生教學實驗院、臺灣大學醫學院公共衛生研究所，以及城中區衛生所共同成立「臺北公共衛生教學示範中心」。[65] 此一合作構想爲美國哥倫比亞大學公共衛生學院院長 Harold W. Brown 所建議，其後由許子秋、陳拱北、魏火曜、顏春輝等四人籌備而成。成立該中心之目的，就臺灣省政府而言，希望使全省公共衛生機構人員有一理論與實際的訓練場所；就臺大醫學院而言，希望使醫學、護理學系等學生及公衛所的研究生能走出教室，進入社區實習，以融合理論與實際；就臺北市政府而言，希望藉此建教合作，提高各衛生所之服務水準。[66] 示範中心的訓練方式，是從見習開始，其後在教學人員的指導之下，使受訓者實際參與各項公共衛生活動，如：健兒門診、產前產後門診、家庭計畫門診、性病門診、環境衛生、衛生教育、家庭訪視、個案討論會等；護理系實習學生訓練期間爲三週，內容包括家庭訪視、健兒等門診項目。[67]

提升衛生所公共衛生護士人力與服務品質，自 1950 年代以來一直是執政者擬改善的項目。從表 1 與表 2 的統計數字觀之，至 1960 年止全臺領有合格證照的護理人員累計人數不及兩千人；至 1977 年，領有證照的護理人員超過 2 萬人。不過，領有護士或護理師考試及格證照者不見得會進入

---

65 至 1968 年因臺北市改制為院轄市，該中心遷移至新莊鎮，並於 1981 年更名為臺灣省公共衛生研究所。編輯小組，〈本所組織沿革〉，收入洪美玟主編，《樹人樹木四十年：臺灣省公共衛生研究所成立四十周年紀念特刊》（臺北縣：臺灣生公共衛生研究所，1998），頁 v。

66 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史》，冊 2，頁 878。

67 行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史》，冊 2，頁 879。

職場執業，護理人員的流動率高一直是難以解決的問題。1954 年共有 1,265 位領有證照的護士在公私立醫療院所進行工作，1970 年代中期，因增設護理學校，護理人員在職的人數大增，然而，護理人員的執業場所仍然以醫院爲主。尹祚芊在 1972 年針對護理學會會員進行抽樣統計中，發現鄉間衛生所仍有缺乏公共衛生護士的情形，多數的護理科系畢業生選擇進入臨床護理，其次爲護理行政與公共衛生護理，公共衛生護士的數量明顯不足。[68] 以 1971 年國立臺灣大學護理系公布的畢業生狀況調查爲例，1960 至 1971 年間，該系共有 314 位學生畢業，在 1971 年 8 月進行調查時，共有 184 位在職場工作，21 位進修中，83 位「居家無事」，另有 31 位狀況不明，1 人爲部分工時工作者，故調查結果之總人數爲 319 人，多於畢業人數的 314 人。這 184 位有工作者，98 位從事臨床護理，26 位進入公共衛生護理，35 位擔任護理教育者，7 位從事與護理相關工作，另有 18 位的工作與護理毫無關係。[69] 値得注意的是，在校所學的課程內容，於衛生所內實際的公衛護理業務仍有落差，例如：報表的塡寫即很少出現在學校的公衛護理課程內容；[70] 兒童會時須透過唱

---

68 尹祚芊，〈臺灣地區護理人員從業情形之調查研究〉，《醫學研究》，卷 1 期 4（1976 年），頁 419。

69 佚名，〈歷屆畢業生狀況調查報告〉，收入余玉眉編，《國立臺灣大學醫學院護理學系成立十五週年專刊》（臺北：國立臺灣大學醫學院護理學系，1971），無頁碼。

70 感謝審查人提醒，教科書實際執行之間有一定的落差。目前筆者蒐集的公共衛生與公共衛生護理教科書，僅佟世俊與朱寶鈿合著的《公共衛生與公共衛生護理》一書明確標示此為 5 年制護專教科書，書中附有家庭訪視表格，並教導學習者如何製作統計圖表。其餘的公共衛生護理專書，未深入探究此議題。

遊、跳舞、吃點心來吸引兒童的注意力，或在活動中融入衛生教育內容，也是進入公衛實作後才逐漸了解其訣竅。[71]

家庭與婚姻是影響護理工作能否持續的重要因素，特別是當結婚有小孩後，輪班制的臨床護理工作，確實影響護理人力的流動。1970 年代的公衛護士月薪約 2,000 元，無夜班費，不算高薪。[72] 然而公衛護士不需輪班的特性，是公衛護士流動率低於臨床護士的主要原因；其次，個案行爲在長期且持續性的護理下產生改變，也讓公衛護士得到莫大的滿足感。[73]

1950-60 年代，臺灣與聯合國、美國等訂定的各項公共衛生計畫合約，如：婦幼衛生、家庭計畫、傳染病預防接種、性病防治、結核病防治、砂眼防治等，均有賴公衛護士與助產士之協助推動，然而，在公衛護士人力不足下，不時出現高中職畢業之「保健員」協助推動衛生所各項事務的情況；[74] 常見的保健員有：負責專項工作的防癆保健員（防癆員）、[75] 家庭計畫保健員（家計員）。[76] 至 1976 年，臺灣省政府爲加強

71 羅友�london、吳桃子，〈臺中公共衛生護理工作〉，《臺灣民聲日報》（臺中），1954 年 04 年 08 日，第 5 版。

72 郭淑敏，〈公共衛生護士是小市民的保母〉，《聯合報》（臺北），1973 年 9 月 10 日，第 6 版。

73 黃璉華，〈臺北市公共衛生護士工作滿足感調查研究〉，《公共衛生》（臺北），卷 7 期 4（1981 年 1 月），頁 443-451。在公衛護士職缺有限的情況下，多數的護理科系畢業生只能選擇擔任臨床護士，等待公衛護士出缺時再報考。

74 〈令臺北縣政府據請將臺北縣汐止鎮等 10 個衛生所之公共衛生護士流用為保健員一案，復希知照〉，《臺灣省政府公報》，1961 年夏字第 40 號（1961 年 5 月 17 日），頁 456。

75 張淑卿，〈戰後臺灣的防癆保健員〉，《近代中國婦女史研究》，期 14（2006 年 12 月），頁 89 -123。

76 吳錫鐺，《新觀念下防癆人員訓練之商榷》（臺中：臺灣省政府衛生處防癆委員會，1966），頁 76。

護產業務推廣，規定凡各衛生所原聘之保健員出缺時，須聘任合格之公共衛生護士或助產士，不得再繼續聘任保健員；若因業務需求，無法聘任合格護產人員之衛生所，亦須以具備醫事職業學校畢業之技術人員爲限。[77]

保健員並未具護士資格，因此按法律規定，不得從事打針、抽血等護理性質工作。依據 1960 年代起即在宜蘭擔任保健員的林女士之說法，她本身係以高中同等學歷先進入學校擔任保健員，後因他人介紹轉至衛生室以及衛生所擔任保健員。衛生所與衛生室的業務相當忙碌，即使她未具護士資格，但仍進行公共衛生護理工作，例如：至戶政事務所抄錄名冊、[78] 家庭訪視、協助醫師門診，甚至是打預防針；通常單位內的護士會教導保健員打針，所以這並不是一件難事。雖然保健員執行打針應屬不合法行爲，但如同林女士所言，因爲衛生所業務繁忙，爲了將工作順利完成，以及同事間和諧相處，保健員通常會與公衛護士一起分擔各項業務。[79]

1980 年代初，石曜堂等人的研究將衛生所按其所在地的都市化程度分類，統計出全臺 363 個衛生所內的公共衛生護士從 1 人至 13 人不等，平均爲 3.21 人；院轄市級衛生所公共衛生護士平均爲 7 人；縣轄市 4 人；山地鄉 3.5 人；平地鄉 2.4 人。[80]

---

77 〈規定各衛生所遇有保健員出缺，應即依規定程序修正預算員額分配表，改為公共衛生護士或助產士，遴補合格護產人員〉，《臺灣省政府公報》，1976 年秋字第 63 號（1976 年 9 月 13 日），頁 14。

78 當時尚未電腦化，公衛護士須至戶政事務所抄錄預計接種預防針的幼童名單，之後再至郵局以明信片郵寄通知。

79 〈林女士訪談紀錄（2019 年 3 月 1 日）〉，筆者訪談於宜蘭羅東（未發表）。此說法與防癆員在衛生所內的處境相似。參見張淑卿，〈戰後臺灣的防癆保健員〉，《近代中國婦女史研究》，期 14，頁 111。

80 石曜堂、陳麗美、高森永，〈臺灣地區衛生所功能分析：臺灣地區衛生所業務狀況之分析〉，《公共衛生》，卷 12 期 1（1985 年 4 月），頁 11。

就保健員編制與缺額來看，院轄市衛生所保健員編制爲 0.83 人，實際參與工作名額爲 0.83 人；縣轄市衛生所保健員編制爲 2.25 人，實際參與工作名額爲 2.25 人；鎮衛生所保健員編制爲 1.85 人，實際現有人數爲 1.77 人；平地鄉衛生所保健員編制爲 2.2 人，實際人數爲 1.95 人；山地鄉保健員編制爲 5.67 人，實際爲 5.5 人。[81] 從石曜堂等人研究中可以看出，在都市化越高的衛生所，其公衛護理人力主要依賴公衛護士；反之，在都市化程度低的平地鄉與山地鄉，相當程度須仰賴保健員來協助公共衛生護理的推動。

每一鄉鎮區擁有一間衛生所是各項公共衛生工作得以推動的必要條件，民眾對衛生所與公衛護士的認知，關乎公共衛生推廣的成效。1970-1971 年間，臺灣省公共衛生教學實驗院調查新莊鎮居民對於衛生所業務的認知，被調查的 1,947 戶中有 1,699 戶（約 87.3%）知道衛生所的所在地點，而設有巡迴門診的里別居民，因不必至衛生所，知道衛生所地點的人較少。值得注意的是，其中有 1,054 戶（佔 54.1%），不知衛生所能幫助他們解決哪些方面的問題。[82] 呂槃等人於 1972 年發表的研究，係調查地方政府機關人員與鄉鎮區代表對於衛生所工作的看法。該調查共有 144 位受訪者，發現七成以上的受訪者對衛生所醫療衛生服務表示滿意，但亦有不少民意代表表示，衛生所工作項目應該符合當地社區衛生醫

81 石曜堂、陳麗美，〈臺灣地區衛生所功能分析：組織、人力及經費之結構分析〉，《公共衛生》，卷 11 期 2（1984 年 7 月），頁 120。

82 陳秀卿，〈新莊鎮居民對衛生所業務以及學校衛生工作的認識與期待〉，收入余玉眉編，《國立臺灣大學醫學院護理學系成立十五週年專刊》（1971 年 11 月），頁 18-20。

療需要，適時調整工作重點項目。[83]

陳長欽曾於 1977 年以彰化縣線西鄉爲案例進行研究。他發現有 99%的戶長知道衛生所所在地，有 64%的戶長曾在調查過去一年內使用過衛生所服務；而認識衛生所業務內容最常見的管道是透過衛生所的信函，例如：預防注射通知單。該調查顯示，戶長知道的衛生所服務前三名依序爲：預防注射、家庭計畫、體檢。[84] 此項調查與其他研究結果相當吻合。[85] 另外，住家距離衛生所較遠的社區居民對於衛生所各項服務接受度也較高，可能與衛生所派出公衛護士定期前往社區或家戶進行預防注射與家庭訪視有關。[86]

---

83 呂槃、滿寧、邱清華、吳慶女、顏裕庭，〈地方政府機關人員和鄉鎮區代表對衛生所工作的看法〉，《臺灣醫界》，卷 15 期 6（1972 年 6 月），頁 37-38。

84 陳長欽，〈民眾對衛生所業務之認識及利用情形之調查研究：彰化縣線西鄉社區發展村里〉，《公共衛生》，卷 5 期 3（1978 年 10 月），頁 247-264。

85 王國裕，〈社區衛生需要調查研究報告〉，收入姚克明、譚文海編輯，《社區衛生服務》（臺北：臺灣省公共衛生實驗院，1966），輯 1，頁 108-109；張禹罕、杜友蘭，〈民眾對衛生所利用狀況之調查研究〉，收入國防部軍醫局編，《國防醫學論文專輯（六十六年度）》（臺北：國防部軍醫局，1978），頁 772。

86 陳長欽，〈民眾對衛生所業務之認識及利用情形之調查研究〉，《公共衛生》，卷 5 期 3，頁 263。

表 1、臺灣地區歷年護理人員核准給證人數及累計人數，1950-1980

單位：人

類別／西元年	護理師		護士		合計	
	人數	累計人數	人數	累計人數	人數	累計人數
1950	-	-	69	69	69	69
1951	-	-	302	371	302	371
1952	-	-	370	741	370	741
1953	-	-	136	877	136	877
1954	-	-	91	968	91	968
1955	-	-	151	1,119	151	1,119
1956	-	-	85	1,204	85	1,204
1957	-	-	142	1,346	142	1,346
1958	-	-	211	1,557	211	1,557
1959	-	-	158	1,715	158	1,715
1960	-	-	180	1,895	180	1,895
1961	-	-	502	2,397	502	2,397
1962	65	65	298	2,695	363	2,760
1963	167	232	360	3,055	527	3,287
1964	131	363	295	3,350	426	3,713
1965	104	467	327	3,,677	431	4,144
1966	150	617	298	3,975	448	4,592
1967	94	711	437	4,412	531	5,123
1968	133	844	526	4,938	659	5,782
1969	232	1,076	553	5,491	785	6,567
1970	265	1,341	792	6,283	1,057	7,624
1971	449	1,790	930	7,213	1,379	9,003
1972	259	2,049	1067	8,280	1,326	10,329
1973	336	2,385	872	9,152	1,208	11,537
1974	595	2,980	1,997	11,149	2,592	14,129
1975	673	3,653	1,568	12,717	2,241	16,370
1976	537	4,190	2,240	14,957	2,777	19,147
1977	471	4,661	1,133	16,090	1,604	20,751
1978	267	4,928	1,311	17,401	1,578	22,329
1979	670	5,598	3,024	20,425	3,694	26,023
1980	667	6,265	2,390	22,815	3,057	29,080

資料來源：衛生福利部統計歷史專區，80年衛生公務統計—醫政。衛福部統計處，https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5225-62360-113.html （2023年3月13日檢索）。

表 2、臺灣地區歷年公私立醫療機構及其他醫事機構暨人員開（執）業場所醫事人員數——護理師及護士，1954-1980。

單位：人

類別 / 西元年	護理師及護士 人數	類別 / 西元年	護理師及護士 人數
1954	1,265	1968	1,414
1955	974	1969	1,835
1956	1,021	1970	2,071
1957	1,024	1971	3,616
1958	1,026	1972	3,839
1959	1,212	1973	4,138
1960	1,484	1974	4,243
1961	1,588	1975	4,919
1962	1,595	1976	8,560
1963	1,798	1977	9,182
1964	1,852	1978	9,749
1965	1,611	1979	11,256
1966	2,055	1980	11,659
1967	1,807	-	-

資料來源：衛生福利公務統計歷史專區，〈民國80年衛生公務統計—醫政〉。衛福部統計處，https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5225-62360-113.html（2023年3月13日檢索）。

三、走到社區進入家戶：家庭訪視

臺灣省衛生處處長顏春輝，在 1950 年創刊的《衛生雜誌》詳細介紹衛生所。顏春輝將衛生所視爲衛生體系內最基層的機構，他認爲成員編制除了要配置醫師、助產士外，最重要的工作人員是「公衛護士」。在此文中，顏春輝指出每個衛生所依其戶數，每 400 戶至 500 戶爲一服務單位，一個

2 萬人口的鄉鎮，就需要約 10 名的公衛護士。顏春輝認爲，公衛護士不應只是坐在衛生所內等待民眾前來，而是應該深入民間與家庭，以探究民眾在衛生方面的需求；這是公衛護士最重要的工作，也是家庭訪視的目的與意義所在。對顏春輝而言，家庭訪視最重要的是進行衛生教育，例如：提供病患營養指導，亦可直接示範食物製作；若是結核病病患，除教導養生方法，也告知病患須隔離並將其使用過的物品消毒。在家庭訪視當中，更可以發現與追蹤病例，若有生病疑慮者，可介紹至衛生所或適當醫療院所就醫，以達早期發現、早期治療的目的，如有未就醫者更須定期追蹤訪視。[87]

走進家庭與社區是最直接也最快了解民眾問題的方式。公衛護士常常需要主動出擊。根據報載，公衛護士在街上遇到孕婦時會主動詢問孕婦是否有產前檢查；若無，則進行勸導，提供服務訊息給孕婦，並留下聯絡方式，以便進行家庭訪視。[88] 1950 至 70 年代臺灣的公共衛生體系，家庭訪視大概可以分爲地段護理中的家庭訪視，以及專案計畫下的家庭訪視；前者納入衛生所編制內公衛護士的日常工作；後者則多爲某項公衛計畫，例如：家庭計畫、村里衛生、性病防治、結核病防治，並由該項計畫所屬的公衛護士或護理佐理員（護佐）負責執行。地段護理下的公衛護士家庭訪視對象，包含孕婦、產婦、新生兒、學齡前及學齡兒童、傳染病以及非傳染病個案的家庭。[89] 在家庭訪視過程中，往往可以發現

87 顏春輝，〈發刊辭〉，《衛生雜誌》，卷 1 期 1（1950 年 5 月），頁 4-5。

88 莫進仁，〈中市中區保健協會近況〉，《聯合報》，1951 年 12 月 27 日，第 7 版。

89 石曜堂、陳麗美、高森永，〈臺灣地區衛生所功能分析〉，《公共衛生》，

非該次訪視目的的其他問題，例如：公衛護士的家訪目的是訪視新生兒與坐月子中的產婦，但她可能同時發現鄉下地方處處可見隨地大小便、水溝阻塞導致蚊子多、垃圾亂丟導致蒼蠅多、食物未加蓋等問題，此時便可趁機給予衛生教育。[90] 1970 年代之後，雖然臺灣婦女的生產場所逐漸轉向以醫院或婦產科診所爲主，但由於生產完畢之後，醫院或婦產科診所並未提供產後訪視，因此仍由地段內的公衛護士繼續追蹤管理，給予完整的產後和新生兒護理。[91]

根據公共衛生學者的研究顯示，社區健康管理是否發揮成效，端視衛生所公衛護士是否積極展開定期地段家庭訪視，以面對面進行衛生教育、蒐集資料，進而發現與解決問題。[92] 以家庭計畫爲例，民眾接受家庭計畫的意願與服務和公衛護士家庭訪視有高度關係；簡言之，公衛護士可以引發民眾應用家庭計畫的動機以及增加對衛生所的認識。[93] 由於公衛護士透過家庭訪視進行的照護工作相當繁雜，爲更能具體呈現家庭訪視在該項公衛護理所扮演的角色，以下將以一般性的地段護理家庭訪視爲例，加以說明。[94]

卷 12 期 1，頁 10-11。

90 蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》，頁 91；勞工社臺中訊，〈防治霍亂改善衛生 省府訂定計劃 今各縣市撥款配合實施 工作情形列為重要考績〉，《聯合報》，1962 年 8 月 6 日，第 2 版。

91 尹祚芊、孫培雷，〈影響婦女生產場所因素的調查〉，《醫學研究》，卷 2 期 3（1978 年 1 月），頁 661。

92 石曜堂，〈推展基層衛生機構綜合保健服務之商榷〉，《公共衛生》，卷 5 期 3（1978 年 10 月），頁 198-201。

93 石曜堂，〈臺北市古亭區家庭利用健康及醫藥照應情形之研究〉，《中華醫學雜誌》，卷 19 期 1（1972 年 1 月），頁 5-19。

94 結核病防治、家庭計畫、砂眼等專案計畫聘任於衛生所的工作人員統稱為保健員，只執行該項單一業務，且其身分不一定須具備護士資格，

公衛護士的工作五花八門，極為繁雜，有時須配合執行政府相關政策。因此，如何運用有限的時間是門學問。[95] 由於衛生所每天上、下午時段都有不同業務安排，通常上午是公衛護士留在衛生所內工作的時段，家庭訪視多在下午進行。公衛護士在進行家訪之前需先準備家戶名冊、製作「路線單」或「路線表」、安排訪視對象，以及確認訪視箱（包）內容。[96] 訪視箱須放入訪視時所需各項用品，例如：用以確認嬰幼兒聽力，並評估嬰幼兒發展是否正常或遲緩的鈴鐺、響板；另有工作手冊如：育嬰須知、預防接種手冊，以提供孕婦及其產後護理的相關訊息；而「黃疸對照表」則可藉由對照膚色，檢測新生兒是否有黃疸。[97] 其他用品還有當地地圖、衛生所轉介單、紙杯、塑膠杯、酒精棉罐、驗尿試紙、血壓計、聽診器、育嬰及家庭計畫與慢性病防治的衛教宣傳品、布尺、嬰幼兒用磅秤袋。[98] 訪視箱內容大抵呈現公衛護士於家庭訪視時所進行的主要工作，即列管慢性病患者，以及提供孕產婦和嬰幼兒護理。

因此本文暫不列入討論。

95 莊鶴曾任公共衛生護理實習教師，她提及公共衛生護理四週實習需學習的項目如下：農復會委託的農村衛生、環境衛生改善工作；人口相關政策下的家庭計畫；訪視地段內學校，為學童施打預防針；舉辦母姐會與兒童會來宣傳預防疾病，注重營養，促進健康的常識；為地段內居民驗尿、量血壓、抽血檢查；收案管理、定時追蹤服藥及病人情緒等衛生教育與管理。莊鶴，〈護專與我〉，收入林綺雲總編輯，《國立臺北護理學院五十週年暨附設醫院四十八週年紀念專刊》（臺北：國立臺北護理學院，1997），頁 143-144。

96 范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》（宜蘭：宜蘭縣文化局，2020），頁 197。

97 范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》，頁 186。

98 范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》，頁 80-87。

1950 至 70 年代臺灣的各項政府資訊系統尚未電腦化。在進行家庭訪視前，公衛護士需先至戶政事務所抄錄所需資料來發現新個案。例如：若是新婚夫妻，公衛護士需進行家庭計畫宣導，若受訪個案已懷孕，公衛護士則需定期至家戶爲孕婦進行產檢。若在訪視中發現問題，需開立「轉介單」建議孕婦至醫院進行檢查。[99] 訪視係以「家戶」爲單位，非以某一單項照護爲單位。[100] 例如：住在 A 村的小陳太太剛生產完畢，小陳父親有糖尿病，公衛護士家庭訪視小陳太太，進行孕產婦與嬰幼兒照護時，需一併探訪小陳父親，執行測血糖、驗尿（確定尿中含糖數值），雖然兩人所需的護理不同，但以「家戶」爲單位，是較省時省力的作法。有位個案的女兒在接受公衛護士的家庭訪視後，對於父親的病況有較全面了解：

> 今天真是令人愉快的一天，一年多來，有關於父親的種種迷惑終於見到一線曙光，這一切只因為我們家來了一位小姐。我不認識她，她說她是公共衛生護士。……隨著她不斷的分析與說明，我終於恍然大悟。[101]

這顯示個案管理與衛教提供的對象不僅個案本身，還必須包含個案家人。

當公衛護士走進社區進行家庭訪視時，除了接觸個案，也會目睹村里衛生、家戶衛生、廚房設備、環境衛生等面向；這些環境衛生業務在公衛護士訓練過程中，並未有系列性的

---

99 范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》，頁 197。

100 范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》，頁 185。

101 趙曲水宴，〈公衛護士隨筆：恍然大悟〉，《健康世界》（臺北），期 49（1980 年 1 月），頁 92。

課程，但實務上卻很常見。有公衛護士回憶，在家訪時經常見到民眾家裡沒廁所，隨地大小便的狀況，以及其他諸如水溝阻塞、地板很髒、垃圾亂丟等情形，她便當場進行衛教。在 1950、60 年代，臺灣民眾對公務人員都相當尊重，因此這些衛教與提醒通常不會當場被民眾反駁，[102] 但是公衛護士下次回訪時也會發現，先前提醒與衛教的內容，民眾都沒做或只是小部份改善。[103]

1960、70 年代的村里衛生護士是將公共衛生、環境衛生、村里衛生結合的經典案例之一。1962 年秋天，因副霍亂流行，致使臺灣人民的生命財產、國家經濟、農漁產品外銷大受打擊。除了厲行預防注射外，臺灣省衛生處接受農復會與中華民國紅十字會的經費補助，雇用村里衛生教育工作者共 100 人，分別深入副霍亂疫區，配合社區發展，利用家庭訪視與各種集會的召開進行衛生教育，指導民眾個人衛生及家戶環境衛生。迨副霍亂疫情控制後，衛生處自行編列經費讓村里衛生護士繼續進行村里衛生教育，並讓 1962、1963 年表現優異的村里衛生護士升任爲輔導員，[104] 且爲因應社會變遷及疾病型態改變，其工作內容加入家庭計畫、成人病防治、各種急救與保健知識之宣導。直至 1983 年，因應衛生工作實際需求，原派駐村里的公衛護士改派至衛生局，若遇傳染病發生，才赴流行區協助宣傳工作。[105]

---

102 蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》，頁 91。

103 林月鳳，《光之翼：傳光的天使》（臺北：華成圖書，2002），頁 180。

104 本報訊，〈積極推進村里衛生教育，省衛生處訓練公共衛生護士〉，《臺灣民聲日報》，1964 年 1 月 10 日，第 4 版。

105 臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》（南投：臺灣省政府衛生處，1999），頁 190。

家庭訪視是衛生所護士的重要工作，其目的是希望藉由訪視以改變民眾行爲。進行訪視前必須對訪視對象及其生活狀況進行資料收集，而護士本身的行爲也會影響訪視結果，例如：直接稱呼對方姓名，表明其關切點；使用非支配性方法，允許受訪對象保持靜默，或對失意與沮喪之事表示同情，這種以個案爲中心的訪視，通常較容易成功；與之相反的概念爲以護士爲中心的訪視，例如：護士的言語帶有批評與評斷，不給予受訪者正面支持，或是護士雖然和善，但使用艱深理論言辭推翻受訪者的說詞等。[106]

在家庭訪視過程，公衛護士的出現，有可能不愼揭露個案的隱私。在〈他的秘密〉一文中，作者提到有一對才結婚一個月的新婚夫妻，因公衛護士的到訪，讓太太知道了先生的秘密。這位先生自幼即罹患糖尿病，需注射胰島素，曾有糖尿病昏迷紀錄；他因是家中獨子，奉父母之命、憑媒妁之言結婚，甚至有娶妻來照顧自己一輩子的想法，但在婚前卻未告知太太上述一切。公衛護士的到訪讓這位新婚太太在毫無準備之下知道了先生的秘密。雖然一時之間太太無法接受，但在公衛護士提供糖尿病飲食、運動及藥物使用相關指導，並與這對夫妻的晤談後，先生反而有如釋重負的感覺。[107]

在 1950、60 年代的臺灣，因大眾運輸系統以及汽機車的使用並不普及，衛生所公衛護士以腳踏車作爲家庭訪視的交通工具，故護理科系學生自公衛護理實習階段就必須學會

106 趙曲水宴，〈家庭訪視之內容及過程之研究〉，《公共衛生》，卷 1 期 2（1974 年 7 月），頁 105-106。

107 陳阿教，〈公共衛生護士隨筆：他的秘密〉，《健康世界》，期 46（1979 年 10 月），頁 28-29。

騎腳踏車。[108] 原則上，應是每位公共護士配置一部腳踏車，但有時衛生所內的助產士、衛生稽查員等其他工作人員也會使用腳踏車；當腳踏車數量不足時，年輕的公衛護士多會禮讓腳踏車給較年長的同仁使用。因此，有時距離衛生所較近的個案，就採取步行的方式前往。[109]

家庭訪視也是公衛護士與個案維繫感情的方式。初次訪視時，公衛護士可以說是個陌生的闖入者，而其所談的問題往往是對方的缺失，例如：消毒奶瓶方法錯誤、產婦坐月子觀念錯誤、要找祖父母論談家庭計畫等，因此與個案建立良好關係至為重要。由於在家庭訪視過程中，公衛護士有極高比率與婦女接觸，同樣身為女性的她們，更能同理婦女在家庭中的處境，因此能讓婦女產生信賴的感情。[110] 此外，護士帶著照護專業的權威進到社區與家庭內，往往會讓個案覺得自己不如護士，因此在建立關係的過程中，了解與尊重是不可或缺的；此時，公衛護士必須是扮演安慰者、鼓勵者與共享者的角色才能獲得個案的信任，如：訪視已懷第三胎的個案，若一開始未表達關心之意，像是「懷孕了，高興嗎？」「最近覺得如何？」，而是「幾個月了？」「第二胎生完就告訴妳要避孕？怎麼又懷孕？」，如此的訪視，即是忽略個案心情，也未明確說明訪視目的，甚至不尊重個案的價值。[111]

語言以及說話的語氣，關乎家庭訪視成效。在眷村中，

---

108 黃和美，〈走過護理三十四年——母校與我〉收入林綺雲編輯，《國立臺北護理學院五十週年暨附設醫院四十八週年紀念特刊》（臺北：國立臺北護理學院，1997），頁 139。

109 蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》，頁 129。

110 顏春輝，〈發刊辭〉，《衛生雜誌》，卷 1 期 1，頁 5。

111 趙曲水宴，〈家庭訪視技巧之商榷〉，《公共衛生》，卷 4 期 1（1977 年 4 月），頁 19-22。

居民使用的語言以國語爲主，但接觸的對象若爲閩南、客家以及原住民等不同族群，就需要用受訪個案的語言。曾在宜蘭縣大同鄉擔任公衛護士的郭小姐曾提及，由於她不是原住民，起先不容易與當地人打成一片，後來藉由每天接觸、學習簡單族語與腔調，才逐漸融入當地社會。[112]

家庭訪視是一項耗時耗力的工作。曾有研究指出，在有交通工具，如腳踏車的情況下，每戶家庭訪視平均爲 30.4 分鐘，其中往返交通與訪視各佔一半時間；若是身處鄉村或山地或漁村，所需時間更多。[113] 有時基於「交代」心態，訪視也流於形式化，而受訪者也可能因護士的多次拜訪感到不耐煩，因此應付性回應，以擺脫護士登門拜訪。[114] 從表 3 來看，也印證了公衛護士的家訪並不是每次都能成功遇到個案。

家庭訪視仍是公衛護士接觸社區民眾最常用的方法，其優點是能實地了解家庭成員的關係與環境，因此可提出適合於個案的健康指導；此外，家庭訪視時，除了家庭主婦外，其他成員也能參與討論，故護士也較能了解家庭的實際需求。但其缺點是花費時間較多，在較偏遠地區甚至得跋山涉水，有時一天只能訪視 3 至 4 戶；若家中有幼童哭吵或訪客等干擾，也會降低受訪者的學習意願。[115] 就有公共衛生教學實驗院的公衛護士指出，全臺的公衛護士依據其服務區域，使用的交通工具包含腳踏車、摩托車、小貨車、牛車、臺車

112　范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》，頁 186。

113　該研究的時間是 1967 年。顏裕庭，〈臺灣衛生所孕前衛生工作概況〉，《中美技術》，卷 16 期 2（1971 年 6 月），頁 19。

114　趙曲水宴，〈家庭訪視之內容及過程之研究〉，《公共衛生》，卷 1 期 2，頁 106。

115　趙曲水宴，〈如何選擇社區民眾的方法〉，《公共衛生》，卷 1 期 1（1974 年 4 月），頁 45-46。

以及竹筏。[116] 顯示在不同的交通條件下，公衛護士為達成任務，需藉由不同的交通工具，方能完成各項工作。

石曜堂等人在 1982 年針對衛生所業務與人力調查的研究指出，每位公衛護士每週的家庭訪視由 7 至 30 戶不等，平均為 17.3 戶；以縣轄市最多為 20.0 戶，其次為鎮 19.7 戶，後依序為平地鄉 19.3 戶、院轄市 12.5 戶，山地鄉 11.0 戶。[117] 針對院轄市公衛護士家庭訪視次數較低的情況，石曜堂等人推測，與都市化較高地區的醫療可近性高、民眾較少使用衛生所預防保健或醫療功能有關；[118] 然而，都會區每個地段內的人口數較高，在有限時間內，每戶可分配到的家庭訪視次數也較少，因此難以將有需求的民眾列冊管理。至於山地鄉的醫療可近性低，[119] 民眾須依賴衛生所或衛生室，但因山地鄉幅員相當廣闊，且公衛護士或保健員人力不足，導致每位公衛護士能家訪的戶數較低。

臺大護理系第一任系主任余道真指出，在護理專業的發展過程中，公衛護士不僅是採訪消息與供應資源的專業人員，同時也扮演聯絡與協調的角色。因公衛護士須讓一般民眾瞭解公衛護理的重要性，接觸的民眾極多，活動範圍極廣，

116　呂明秀，〈走過從前：臺灣省基層保健服務紀實〉，收入洪美玟主編，《樹人樹木四十年》（臺北縣：行政院衛生署公共衛生研究所，1998），頁 85。

117　石曜堂、陳麗美、高森永，〈臺灣地區衛生所功能分析〉，《公共衛生》，卷 12 期 1，頁 11。

118　陳拱北等，〈臺灣地區開業醫師分佈現況之調查研究〉，《中華醫學雜誌》，卷 21 期 2（1974 年 6 月），頁 95-108。

119　陳拱北等，〈Studies on health manpower supply in Taiwan (3) ——Current supply of physicians〉，《臺灣醫學會雜誌》，卷 75 期 2（1976 年 2 月)，頁 138-148。

故對於各地區的衛生需求應所知甚多；她們藉由服務過程可獲取相關資料，並將此資料分享給衛生所內的工作同仁或衛生單位作爲參考。此外，公衛護士在臨床與公衛之間、學校與護生實習場所之間、專業人員與非專業人員之間、護士與醫療團隊之間，都是重要的聯繫協調者，諸多的公衛服務都需透過公衛護士與其他不同領域工作者進行有效溝通協調方能順利進行，避免衝突、重複或混淆不清。[120]

表 3、臺灣省家庭訪視工作統計，1956-1961

項目／年度	新案	舊案	銷案	結案	訪視家數	未遇家數	訪問次數	衛生指導次數
1956	96,138	394,620	72,390	127,3040	296,673	8,581	394,876	320,788
1957	86,764	376,231	67,883	936,487	276,343	6,304	378,117	324,705
1958	91,895	393,402	66,311	1,155,017	286,015	6,803	409,192	310,631
1959	92,546	432,318	86,044	1,511,904	287,716	8,173	428,127	353,615
1960	88,944	431,864	70,694	1,573,372	279,993	8,543	409,474	326,243
1961	87,517	462,914	73,279	1,693,551	2,905,290	11,842	424,390	325,318

資料來源：李汝和主修，《臺灣省通誌 卷三：政事志衛生篇》（臺中：臺灣省文獻會，1972），冊5，頁391。

四、困境與挑戰

1956 年，臺灣省衛生處召開公衛護理檢討會議，會議中除了呼籲公衛護士須配合國際援助下的各項衛生計畫外，並明確指出六項公衛護理的改善方針，分別是：公衛護士應有

120 余道真，〈公共衛生護士在護理專業發展上之角色〉，收入余玉眉編，《國立臺灣大學醫學院護理學系成立十五週年專刊》（臺北：國立臺灣大學醫學院護理學系，1971），頁 47-48。

民主作風，不可有官僚氣息；以新觀念、科學化作風處理事務；應提供較好的工作環境，以配合公衛護理的推展；行政主管應重視部屬的健康與工作情緒問題；減少無謂的時間浪費，例如：在辦公室內打毛線、看小說、遲到、早退，以增加工作效率；因護理人力缺乏，公衛護士更應互相支援，密切合作。[121] 這六大問題可說是 1950 年代公衛護理亟需改善之要點。有關人力問題，前節已有所論及，但在辦公室打毛線、看書或遲到早退此類個人行爲，與辦公室管理有關，此六項需改善事項能否在第一線落實，實難評估。此外，至 1970 年代，隨著人口增長、服務的項目增加，部分人口較稠密的衛生所難以負荷其業務量，許多民眾對於帶孩子至衛生所，與病患和其他健康者共處在同一擁擠的空間，也感到害怕，甚至拒絕到衛生所。[122]

公衛護士面臨的困境，因其服務地區以及工作內容而有所不同。以城市地區來說，公衛護理的困難，在於城市地區就醫方便、地狹人稠，人們相互交往頻繁，衛教或家庭訪視都會受到牽制。有護士就抱怨，在都會區家庭訪視時，低學識、貧困者，常因生活忙碌而無暇接受公衛護士指導；學識高者，則會自行經由傳播媒體的訊息，吸收片段的保健知識，而自以爲是地排斥公衛護士的訪視。[123] 且公衛護理以家爲單位，個案可能貧困到生病卻無法住院治療，因此公衛護理遇到個案的貧病問題，相較於臨床護理更爲棘手。

121　本報訊，〈公共衛生護理檢討會　通過提案三件〉，《臺灣民聲日報》，1956 年 12 月 29 日，第 3 版。

122　露莎，〈衛生所〉，《中央日報》（臺北），1971 年 06 月 26 日，第 7 版。

123　林月鳳，《她的職業是護士》（臺北：華杏出版，1989），頁 217-218。

相較之下，鄉村地區公衛護士經常面臨家戶衛生難以改善的問題。衛生所公衛護士會配合當地農會、家政改進班、農事研究班及四健會等地方基層組織辦理衛生教育活動，其內容包含婦幼衛生、家庭計畫、急救、個人衛生、家戶衛生、急性傳染病、慢性病防治以及農民健康保險宣導。[124] 同時，1966 年臺灣省政府開始實施「社區發展計畫」。該計畫由臺灣省衛生處與社會處共同主辦，從全臺 22 個縣市，選出普遍執行村里衛生教育與家庭訪視的村里作爲示範區，包含農村、漁村、山地、城市等不同社區型態，由當地婦女會以鄰爲單位組織村里的家庭婦女，衛生所公衛護士則至其集會場所進行集體衛生教育，並進入家中進行訪視。家庭衛生環境優劣及衛生習慣的養成，與家庭主婦衛生觀念與態度之正確與否關係極大。根據 1966-1968 年第一期社區發展計畫實施調查，農村婦女常飼養家禽作爲副業，但超過半數以上的家禽係屬放飼型，即便使用飼籠，也未能保持清潔而影響環境衛生；至於家庭主婦最常活動的廚房，該報告也指出在農村或漁村示範區，冰箱極爲少見，多用紗廚或紗蓋，即便如此，仍有 30%以上家庭未有該類設施，食物經常暴露在外；另外，限於家庭經濟，在農村、漁村地區，共用牙刷、毛巾的家庭達半數，雖然公衛護士將此列爲衛生教育宣導重點，但成效不佳，且主婦們也常以「農忙」或「漁季」爲由，婉拒公衛護士的家訪。[125]

---

124 張坤崗，〈臺灣地區鄉村衛生之演進〉，《社區發展季刊》，期 43（1988 年 9 月），頁 104。

125 佟世俊，〈臺灣省社區發展公共衛生設施之調查研究〉，《師大學報》，期 20（1975 年 6 月），頁 35-54。

而原住民地區公衛護士面臨的困境，在於原住民文化或生活樣態與現代公衛之間的差異。1949 年 3 月，高女士因人介紹至花蓮瑞穗鄉衛生所服務，據她所言，她自己不懂中文，應該不符合衛生所工作人員資格，但有人告知她，只要會打針、接生就可以。1949 年，剛到職的高女士提到所謂的瑞穗鄉衛生所，僅是在鄉公所裡的某一角落，有張桌子，尚未有獨立房舍，而她的同事也只有一位男性保健員；[126] 她的說法與農復會的調查頗爲吻合。原住民生育文化與漢人不盡相同，有其特殊的生育習俗，例如：產婦一生完孩子後，就馬上拿一盆水，從頭淋下，淋完也不擦乾頭髮就躺下睡覺，高女士在家庭訪視時看到產婦這些行爲，馬上給予制止，但產婦回應在產後拿一盆水，從頭淋下，日後家人打獵時才不會出事。[127]

公衛護士第二個面臨的困境，在於業務完成後，須按月向上級呈報，此爲公衛護士的工作之一，也是上級對她們的考核要點。換言之，公衛護士完成家庭訪視後，各項工作內容，舉凡舉辦講習會、訪視、母親會、兒童會、候診教育、影像放映等衛生教育次數，均需如實記錄，並由臺灣省衛生處或各縣市衛生局定期派遣公共衛生輔導員至鄉鎮衛生所進行督導。輔導員可說是地方與縣市或省方的溝通橋梁，[128]

---

126 蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》，頁 85-87。高女士於 1926 年出生於臺北新店，6 歲時隨家人搬到花蓮。畢業於臺灣總督府花蓮港病院看護婦講習所，畢業後成為花蓮港病院看護婦。1944 年因結婚而辭去工作。1949 年起因家庭經濟需求，至瑞穗鄉衛生所服務，之後陸續在萬榮鄉、花蓮市衛生所以及花蓮縣衛生院（局）任職，直至 1988 年退休。

127 蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》，頁 88。

128 黃淑雲，〈那三年〉，收入洪美玟主編，《樹人樹木四十年》（臺北

他們均受過護理專業訓練，具護士資格，部分尚具有在衛生所從事第一線公共衛生護理工作的經驗。輔導員下鄉督導，除了觀察公衛護士訪視相關文件外，部分輔導員有時也會親自陪同公衛護士進行家庭訪視，並從旁指導。如同林鳳嬌所言：「你要去衛生所和他們一起生活、一起工作，你才能眞正做到他們地方眞正的需要」。[129]

輔導員的視察或督導時間不固定、不定期，但幾乎每個月都會到鄉鎮衛生所督導一次，每次均需填列「輔導改進事項表」，希望藉此確保家庭訪視下的「個案管理」發揮其成效。[130] 各類報表的填寫，是公衛護士除了公衛護理專業工作之外的另一個壓力來源。例如：1970 年代服務於花蓮光復鄉的古玉燕，其工作除了繁重的預防注射外，還要處理各種報表，且各種不同疫苗的施打結果，均需分別紀錄與呈報，此流程常讓她覺得精疲力竭。[131] 公衛學者的調查研究呼應古玉燕的說法。石曜堂在 1970 年代進行的研究就指出，衛生所公衛護士抱怨最多也最困擾的事情是報表的填寫，護產業務、家庭訪視、避孕用品販售、預防注射、中老年人疾病防

縣：臺灣生公共衛生研究所，1998），頁 25。

129 以前臺灣省衛生處第五科科長林鳳嬌為例，林女士生於 1921 年，1938 年參加「愛國女子看護班」半年的訓練課程，之後進入新樓醫院舉辦的看護婦與助產婦養成所訓練班，畢業後曾從事接生工作。1943 年，加入臺灣總督府辦理保健婦訓練計畫，經半年訓練進入高雄州保健所服務。1947 年她回到臺北保健館，擔任中和示範站的護理長，因表現優異在 1953 年以公共衛生護士名義被借調到臺灣省婦幼衛生委員會，負責培訓婦幼衛生人員，同時擔任督導員。梁妃儀、林世傑、洪武雄、陳秋瑩、蔡篤堅，《臺灣中部醫療人物誌》（臺中：中國醫藥大學，2010），集 4，頁 134-144。

130 范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》，頁 185。

131 蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》，頁 129。

治、傳染病防治，林林總總的業務都必須化爲數字向上級呈報；這造成公衛護士在時間緊迫之下可能做出假報告，且塡寫報告相對剝奪了她們家庭訪視或衛生教育時間。[132]

然而，位居衛生所的主管者，如：衛生處或衛生院等單位，認爲公共衛生推廣之成敗優劣，全依賴統計是否正確，因此將公共衛生護士視爲生命統計事業的好幫手。特別是 1950、60 年代時，新生兒出生後的戶籍登記，並未及時登錄的狀況頗爲常見；因此，顏春輝即認爲，公衛護士經常走入社區，幫助掌握某戶人家裡的孩子出生或人口死亡，才能讓生命統計資料更加確實。[133]

第三個困難點，在於衛生教育內容與民眾生活實況有一定的落差。公衛護士進到社區與民眾接觸並施行衛生教育，是她們非常擅長的事情，但是，這並不代表能解決民眾的健康問題。例如：公衛護士教導母親育兒方法、不要讓家中成員共用毛巾、牙刷，或是準備餐點時飲食須均衡；[134] 但是，這些事情要做到位，除了婦女與家庭成員的健康識能外，也與家中的經濟條件息息相關。當推展公共衛生的配套措施無法配合時，也會讓公衛護士感到挫折。[135]

第四個困難點，在於如何取得民眾的信賴，以及吸引民眾使用衛生所。信賴感的建立需要長期的累積才可能獲得。

132 石曜堂、陳麗美、高森永，〈臺灣地區衛生所功能分析〉，《公共衛生》，卷 12 期 1，頁 16。

133 顏春輝，〈發刊辭〉，《衛生雜誌》，卷 1 期 1，頁 5。

134 楊榮川，〈衛生習慣之培養與矯正〉，《健康與營養》，期 47（1963 年 5 月），頁 6-8。

135 焦增煜，〈視察東部及澎湖學校學校衛生工作的感想〉，《衛生雜誌》，卷 4 期 8（1952 年 7 月），頁 31-32。

公衛護士通常會先至戶政事務所抄錄學齡前兒童名冊，隨後挨家挨戶訪問，介紹衛生所功能，通知家長到指定地點或衛生所接受預防注射；訪視時，若發現有健康問題個案就收案管理，遇到家庭環境髒亂趁機給予衛生教育，另外也須安排經濟狀況貧困的民眾免費就醫。這些工作均須耗時費力才能取得民眾信賴，否則會遇到被逐出家門的窘境。[136] 1970 年在臺北市大安區衛生所擔任公衛護士的林巧雲就有這樣經驗，她曾提及當個案或家庭不歡迎她們時，常認爲公衛護士「管閒事到家裡來」或認爲「我們全家都很健康」，然後碰一聲就將公衛護士關在門外。[137] 也有公衛護士認爲民眾很會「應付」，當公衛護士離開後，一切又回復原狀，最後往往需借重鄰長或里長的力量從旁協助，才能推進成效。[138] 曾有報載，民眾經過衛生所時，發現衛生所裡面的護士或保健員看起來都無精打采的，有的還在打毛線，衛生所內外的環境也很髒亂，實在難以令民眾信服這些公衛護士或衛生所醫師的專業。[139]

衛生所的門診通常分爲產前產後檢查、兒童健康檢查、預防注射、家庭計畫、營養、老人保健、結核病、性病、職業病、癩病，以及一般疾病門診等。由於孕產婦以及幼兒保

---

136 林王美園，〈合夥的日子：簡述臺北公共衛生教學示範中心〉，收入洪美玟主編，《樹人樹木四十年》（臺北縣新莊市：臺灣省公共衛生研究所，1998），頁 14。

137 郭淑敏，〈公共衛生護士是小市民的保母〉，《聯合報》，1973 年 9 月 10 日，第 6 版。

138 廖本銘，〈切身的問題　兼談村里衛生護士的工作〉，《臺灣民聲日報》，1974 年 3 月 15 日，第 4 版。

139 佚名〈衛生？〉，《臺灣民聲日報》（臺中），1969 年 9 月 23 日，第 3 版。

健在 1950 至 70 年代是公共衛生的重點，故孕前衛生、家庭計畫、預防注射都是以幼童與孕產婦爲工作對象。因此，孕產婦門診與健兒門診若能分地段辦理，每星期固定時間，由該地段的公衛護士負責門診工作，則可加強民眾對該名護士的熟悉度，增加信任感，也藉此強化門診與地段工作之聯繫。此外，在健兒門診分發營養品、奶粉、維他命等，也是吸引民眾主動到衛生所接受服務的方式。[140]

最後，公衛護士常被稱爲「衛生所小姐」。育有 5 位孩子的吳女士，在 1970 年代初期生下第二個孩子後，經常有「衛生所小姐」到家裡來進行家訪，除了探視幼兒，進行育兒指導外，最重要的是勸導吳女士進行節育。吳女士回憶，每當「衛生所小姐」抵達家裡圍牆外時，就會被她的公公請走，原因是先生爲家中獨子，她公公要求已有一兒一女的吳女士須生出兩個兒子。[141] 從吳女士的個案，可以發現家庭男性成員阻擋了公衛護士與個案接觸的機會。公衛護士在推行這類家庭計畫或孕前衛生時，傳統文化、家庭觀，以及父權氛圍，皆是推動某些公共衛生措施的阻礙與困境。

結語

公衛護理是一個以社區爲中心，以家庭爲其基本單位的

140 林王美園，〈合夥的日子〉，收入《樹人樹木四十年》，頁 14-15。

141 〈吳女士訪談（2022 年 8 月 28 日）〉，筆者訪談（未發表）。吳女士生於 1947 年，臺中縣人。年幼時因家庭經濟條件不佳且弟弟為小兒麻痺患者，需吳女士在家陪伴，因此吳女士並未進小學就讀。其至 1990 年代才進入國小補校學習中文。

健康照護服務。臺灣自日治後期開始提供類似美國公衛護理的照護模式——「地段護理」，以及相對應的照護人力——保健婦，亦即戰後衛生所內的公衛護士。公衛護士實為衛生所內最重要的角色，其提供的服務範圍從預防保健、發現個案、後續追蹤，到持續性的照護。如同本文所述，戰後臺灣公衛護士的工作內容，深受普設鄉鎮衛生所、政府，以及國際援助下的公共衛生政策影響。

執行護理業務須具備護士或護理師等國家認可的專業證照。護理科系在 1950 至 80 年代僅招收女生，學生畢業後，需先通過國家考試，取得證照後才是合格護理人員。在 1950 年代初期，普設鄉鎮衛生所的政策下，因護理人才培育人數較少，衛生所內只好聘任保健員來協助公共衛生的推廣。由於至衛生所工作無需輪值夜班，對於有身體健康或家庭因素考量者而言，公衛護士是個不錯的選擇；亦有不少公衛護士於在學的實習期間接觸到公共衛生，畢業後因個人興趣而進到衛生所工作。

在 1950 至 70 年代，公衛護士費力最多的工作是預防注射，如同中和鄉衛生所主任所言，一周之內有三分之二左右的時間都在進行與預防接種有關的事務，包含至戶政事務所抄錄擬注射名冊、安排注射項目、對象與時間等，再加上上級要求達成目標數，對公衛護士而言是極大挑戰，也因此排擠了家庭訪視。但該主任認為家庭訪視做得成功，衛生所業務才能收其實效。而家庭訪視成功與否，實賴公衛護士的智慧、技巧與判斷力，以了解個案的家庭環境、實際需求。[142]

---

142 劉助光，〈以現今衛生所之狀況談如何發展基層衛生工作〉，《臺灣醫界》，卷 21 期 10（1978 年 10 月），頁 9-13。

因此，公衛護士須具備高度的觀察力、察覺力以及一定程度的教學能力，才能將艱澀的醫療衛生知識轉譯成口語，進而傳達給民眾。由於公衛護士是一個完全以女性為主的職業，且相較於臨床護士更具挑戰。臨床護士雖然也需具備上述能力，但在醫療院所內可以有同事或醫師擔任支援者或詢問者，公衛護士則一旦進入社區就只有自己一人。因此，公衛護理可以讓護士展現其有別於臨床照護的獨立與自主照護能力。

以衛生所內的工作人力配置來看，檢驗員負責檢驗業務，助產士以接生、孕前衛生、產後照顧為主，具約僱性質的防癆員或家計員之任務也相對單純。防癆員的工作內容為：辦理責任區域內民眾的胸部 X 光巡迴檢查、驗痰、將結核病患列冊管理，並提供免費藥物；他們不定期的進行家庭訪視，進行衛教並查看服藥狀況，因此與結核病患的關係較緊密。簡言之，防癆員只須進行有效的病患管理，即可達一定的規訓與監控病患。家計員自 1966 年起由臺灣省家庭計畫委員會（後改稱為「家庭計畫研究所」）招考，他們應徵 25 至 45 歲、教育程度初中（職）畢業、具同理心、工作勤奮、個性成熟的在地女性，且偏好 30 歲以上、已婚且有生育經驗，或自己正在避孕的婦女。這些女性經過 2 週訓練後派駐各地衛生所，擔任家庭計劃推廣工作的第一線人員。[143] 家計員為臨時約聘員額，主要工作是與民眾接觸，經由衛生教育讓民眾了解家庭計畫之眞正意義與重要性；以及應用個人面談的「家庭訪視」勸導育有 3 位子女，且其中至少有一位

[143] George P. Cernada and Tessie Huang, “TAIWAN: Training for Family Planning,” *Studies in Family Planning* 1:36 (December 1968), pp. 1-6.

男孩者接受避孕措施；或是配合其他單位如：農會家政指導班、農事指導班、四健會、學校母親會等聚會，宣傳並指導家庭計畫。與防痨員面臨病患類似於管理者角色相較，家計員多是指導與提交訊息的提供者，裝置避孕器仍需由婦產科醫師執行，除了個人面談外，宣傳活動常因場地、時間以及參與者的程度而受影響。然而，因家庭計畫研究所或縣市衛生局定期召開家庭計畫工作檢討會，要求工作績效，因此家計員與防痨員、公衛護士類似，均有來自於上級的目標數壓力。[144]

公衛護士在其地段照護區域常需面對不同性質的民眾，包含健康者、病患、幼童、婦女，有時還需與里長、鄰長聯繫，或利用集會活動進行業務宣導，因此需面對的對象相當多元。雖然進行家庭訪視，但也只能傳達「正確的」現代衛生、育兒、保健知識。在 1950 至 70 年代，臺灣社會仍是農村社會，雖然民眾在城鎮與鄉村間的流動尚低，但公衛護士工作繁雜，往往爲達考核標準的「目標數」，無法深入了解個案的整個需求，或個案未能自行做好健康照護管理的原因，因此對於地段內的慢性病不易達監控效果。援此，公衛護士對某些個案或許產生一定影響，然而透過個案照護後，能否更進一步地影響個案的家庭或社區，仍待商榷。

1951 年臺灣地區居民的平均餘命，男性爲 53.1 歲，女性爲 57.3 歲；至 1989 年的平均餘命男性爲 71.1 歲，女性爲 76.5 歲，使得臺灣人口逐漸產生高齡化。[145] 另外，疾病型態

144 李棟明，《臺灣地區早期家庭計畫發展誌詳》（臺中：臺灣省家庭計畫研究所，1995），頁 121-122。

145 黃璉華，〈社會變遷與公共衛生護理未來的發展〉，《護理雜誌》，

在 1950、60 年代以傳染病和急性疾病為主；至 1980 年代，可由疫苗預防的傳染病如：白喉、破傷風、結核病、小兒痲痺、百日咳、痲疹等，經由公衛護士的預防接種與衛生教育，已逐漸受到控制，同時也讓疾病防治重點由傳染性疾病轉為非傳染病的慢性中老年疾病及惡性腫瘤。在急性傳染病流行的年代，幼兒的死亡率高，婦幼衛生因而受到重視，公衛護士從事的孕產婦與兒童健康管理，配合助產士下鄉計畫，對於嬰幼兒與孕產婦的死亡率降低有一定的貢獻。戰後臺灣居民整體健康及衛生智識的提升，背後都有公衛護士的身影。

卷 38 期 4（1991 年 12 月），頁 17。

徵引書目

一、史料

（一）檔案

Rockefeller Foundation Archives, USA, RG2, Series 1947 Sub-series 605C, Box 347, Folder 2411, RAC.

（二）報刊

《中央日報》（臺北），1971。

《公共衛生》（臺北），1974、1977、1978、1981、1984、1985。

《社會事業の友》（臺北），1941。

《健康世界》（臺北），1979、1980。

《臺灣民聲日報》（臺中），1954、1956、1964、1969、1974。

《臺灣省行政長官公署公報》（臺北）， 1945、1947。

《臺灣省政府公報》（南投）， 1957、1961、1976。

《臺灣省政府公報》（臺北），1948-1949。

《衛生雜誌》（臺北），1950、1951。

《聯合報》（臺北），1951、1962、1973。

（三）報告書

行政院農業委員會編，《中國農村復興聯合委員會工作報告》，期1，1948 年 10 月-1950 年 2 月。

行政院農業委員會編，《中國農村復興聯合委員會工作報告》，期3，1951 年 7 月-1952 年 6 月。

行政院農業委員會編，《中國農村復興聯合委員會工作報告》，期

4，1952 年 7 月-1953 年 6 月。
行政院農業委員會編，《中國農村復興聯合委員會工作報告》，期 10，1958 年 7 月-1959 年 6 月。
臺灣省臺北保健館編，《臺灣省臺北保健館工作報告》。臺北：臺灣省臺北保健館，1959。
臺灣省行政長官公署秘書處編輯室、民政處秘書室編，《臺灣省行政長官公署施政報告》。臺北：臺灣省行政長官公署秘書處編輯室、民政處秘書室，1946。

二、專書

左如梅、馮德馨、劉瓊宇編著，《公共衛生與公共衛生護理學》。臺北：南山堂出版社，1983。
行政院衛生署，《臺灣地區公共衛生發展史》，冊 2。臺北：行政院衛生署，1995。
余玉眉編，《國立臺灣大學醫學院護理學系成立十五週年專刊》。臺北：國立臺灣大學醫學院護理學系，1971。
佟世俊、朱寶鈿，《公共衛生與公共衛生護理》。臺北：正中書局，1973。
吳錫鐺，《新觀念下防癆人員訓練之商榷》。臺中：臺灣省政府衛生處防癆委員會，1966。
李汝和主修，《臺灣省通誌 卷三：政事志衛生篇》，冊 5。臺中：臺灣省文獻會，1972。
李棟明，《臺灣地區早期家庭計畫發展誌詳》。臺中：臺灣省家庭計畫研究所，1995。
李錦容，《臺灣女英雄：陳翠玉》。臺北：草根，2009。
林月鳳，《光之翼：傳光的天使》。臺北：華成圖書，2002。

林月鳳，《她的職業是護士》。臺北：華杏出版，1989。
洪美玫主編，《樹人樹木四十年：臺灣省公共衛生研究所成立四十周年紀念特刊》。臺北縣：臺灣生公共衛生研究所，1998。
范燕秋編著，《宜蘭縣公共衛生與醫療文物圖錄》。宜蘭：宜蘭縣政府文化局，2020。
梁妃儀、林世傑、洪武雄、陳秋瑩、蔡篤堅，《臺灣中部醫療人物誌》，集 4。臺中：中國醫藥大學，2010。
莊素卿主編，《臺灣護理典範：傑出護理人員專業貢獻獎得獎人》。臺北：臺灣護理學會，2007。
游鑑明，《日本殖民下的她們：展現能力，引領臺灣女性就業的職場女先鋒》。新北：臺灣商務印書館，2022。
新竹縣政府編，《新竹民主縣政三年》。新竹：新竹縣政府，1954。
楊金燕，《百歲醫師以愛奉獻：楊思標教授的醫者之路》。臺北：經典雜誌，2017。
臺灣省政府衛生處編，《臺灣省政府衛生處志》。南投：臺灣省政府衛生處，1999。
臺灣省衛生處編，《公共衛生護理手冊》。出版地不詳：臺灣省政府衛生處，1968。
趙淑員，《臺灣護理教育發展研究》。臺北：高立圖書，2005。
蔡幸娥，《護理的信心：走過臺灣歷史的足跡》。高雄：信心護理文教基金會，2001。
蔡篤堅主編，《花蓮公共衛生口述歷史與影像紀錄》。花蓮：花蓮縣衛生局，2007。
Buhler-Wilkerson, Karen. *False Dawn: The Rise and Decline of Public Health Nursing.* New Brunswick: Rutgers University Press, 2021.

三、論文

佚名，〈保健婦規則制定〉，《臺灣學校衛生》，卷 4 期 2，1941 年 4 月，頁 90-91。

尹祚芊，〈臺灣地區護理人員從業情形之調查研究〉，《醫學研究》，卷 1 期 4，1976 年，頁 409-421。

尹祚芊、孫培雷，〈影響婦女生產場所因素的調查〉，《醫學研究》，卷 2 期 3，1978 年 1 月，頁 655-662。

王國裕，〈社區衛生需要調查研究報告〉，收入姚克明、譚文海編輯，《社區衛生服務》，輯 1。臺北：臺灣省公共衛生實驗院，1977，頁 69-103。

石曜堂，〈臺北市古亭區家庭利用健康及醫藥照應情形之研究〉，《中華醫學雜誌》，卷 19 期 1，1972 年 1 月，頁 5-19。

佟世俊，〈臺灣省社區發展公共衛生設施之調查研究〉，《師大學報》，期 20，1975 年 6 月，頁 35-54。

呂槃、滿寧、邱清華、吳慶女、顏裕庭，〈地方政府機關人員和鄉鎮區代表對衛生所工作的看法〉，《臺灣醫界》，卷 15 期 6，1972 年 6 月，頁 37-38。

李悌元，〈臺灣省公共衛生的重要措施〉，《臺灣醫界》，卷 14 期 11，1971 年 11 月，頁 9-10。

林慧屏，〈埔里基督教醫院附設護士學校（1958-1970）之個案研究〉。臺南：長榮大學護理學研究所碩士論文，2009 年 5 月。

范燕秋，〈日據前期臺灣之公共衛生──以防疫爲中心之研究（1895-1920）〉。臺北：國立臺灣師範大學歷史研究所碩士論文，1994 年 6 月。

張坤崗，〈臺灣地區鄉村衛生之演進〉，《社區發展季刊》，期 43，1988 年 9 月，頁 101-110。

張禹罕、杜友蘭，〈民眾對衛生所利用狀況之調查研究〉，收入國防部軍醫局編，《國防醫學論文專輯（六十六年度）》。臺北：國防部軍醫局，1978，頁 763-774。

張淑卿，〈戰後臺灣的防痨保健員〉，《近代中國婦女史研究》，期 14，2006 年 12 月，頁 89-123。

張淑卿，〈美式護理在臺灣：國際援助與大學護理教育的開端〉，《近代中國婦女史研究》，期 18，2010 年 12 月，頁 125-173。

張淑卿，〈傳教護理在臺灣——以 1950-1970 年代的埔基護校與門諾護校爲例〉，收入黃文江、張雲開、陳智衡主編，《變局下的西潮：基督教與中國的現代性》。香港：建道神學院，2015，頁 337-356。

張淑卿，〈臺灣護士形象的源起與建構：以《護士季刊》爲案例的分析〉，《長庚人文社會學報》，卷 8 期 2，2015 年 10 月，頁 257-299。

張憲秋，〈政府播遷臺灣前中國農業改進之重要階段〉，收入中華農學會編，《中華農學會成立七十週年紀念專集》。臺北：中華農學會，1986，頁 73-94。

陳拱北等，〈臺灣地區開業醫師分佈現況之調查研究〉，《中華醫學雜誌》，卷 21 期 2，1974 年 6 月，頁 95-108。

陳拱北等，〈Studies on Health Manpower Supply in Taiwan (3)——Current Supply of Physicians〉，《臺灣醫學會雜誌》，卷 75 期 2，1976 年 2 月，頁 138-148。

游鑑明，〈日據時期的臺籍護士〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，期 23，1994 年 6 月，頁 369-404。

黃璉華，〈社會變遷與公共衛生護理未來的發展〉，《護理雜誌》，卷 38 期 4，1991 年 12 月，頁 15-21。

楊榮川，〈衛生習慣之培養與矯正〉，《健康與營養》，期 47，

1963 年 5 月，頁 6-8。
劉士永，〈「清潔」、「衛生」與「保健」：日治時期臺灣社會公共衛生觀念之轉變（修訂稿）〉，收入李尚仁編，《帝國與現代醫學》。臺北：聯經，2008，頁 271-324。
劉仲冬，〈我國的護理發展史〉，《護理雜誌》，卷 53 期 3，2006 年 6 月，頁 5-20。
劉助光，〈以現今衛生所之狀況談如何發展基層衛生工作〉，《臺灣醫界》，卷 21 期 10，1978 年 10 月，頁 9-13。
劉盈君，〈護理科學文本如何型塑護理專業中的性別隔離〉，《人文社會與醫療學刊》，期 1，2014 年 4 月，頁 57-75。
蔡淑鳳、吳濟華、陳永興、戴正德，〈從護理史探討臺灣的護理發展脈絡〉，《臺灣醫學人文學刊》，卷 7 期 1-2，2006 年 6 月，頁 91-112。
蔣欣欣，〈老協和精神對臺灣的影響：英美醫護教育的傳承〉，收入余玉眉、蔡篤堅主編，《臺灣醫療道德之演變：若干歷程及個案探討》。臺北：國家衛生研究院，2003，頁 41-67。
蔣欣欣、喻永生，〈夥伴關係的傳承與實踐：西方醫護教育在臺灣的發展〉，《源遠護理》，卷 1 期 1，2006 年 11 月，頁 23-29。
錢美容，〈護理生命歷程經驗之敘說研究——以台灣教會醫院附設護校畢業護理人員爲例〉臺南：長榮大學護理學系碩士班碩士論文，2013 年 12 月。
顏裕庭，〈臺灣衛生所孕前衛生工作概況〉，《中美技術》，卷 16 期 2，1971 年 6 月，頁 9-13。
Apple, Rima. "'Women's Mission among Women': Unacknowledged Origins of Public Health Nursing." *Nursing History Review* 26:1, January 2018, pp. 55-67.

Buhler-Wilkerson, Karen. “Public Health Nursing: In Sickness or In Health?” *American Journal of Public Health* 75:10, October 1985, pp. 1155-1161.

Buhler-Wilkerson, Karen. “Left Carrying the Bag: Experiments in Visiting Nursing, 1877-1909.” *Nursing Research* 36:1, January/February 1987, pp. 42-47.

Cernada, George P. and Huang Tessie. “TAIWAN: Training for Family Planning.” *Studies in Family Planning* 1: 36, December 1968, pp. 1-6.

Duffy, John. “Social Impact of Disease in the Late Nineteenth Century.” *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 47:7, July 1971, pp. 797-810.

Fulmer, Harriet. “History of Visiting Nurse Work in America.” *The American Journal of Nursing* 2:6, March 1902, pp. 411-425.

Healey, Madelaine. “Seeds That May Have Been Planted May Take Root: International Aid Nurses and Projects of Professionalism in Postindependence India, 1947-65.” *Nursing History Review* 16, February 2008, pp. 58-90.

Kub, Joan, Pamela A. Kulbok, and Doris Glick. “Cornerstone Documents, Milestones, and Policies: Shaping the Direction of Public Nursing, 1890-1950.” *Online Journal of Issues in Nursing*, 20:2, May 2015, p.1-18.

Roberts, Doris E. and Heinrich Janet. “Public Health Nursing Comes of Age.” *American Journal of Public Health* 75:10, October 1985, pp. 1162-1172.

Rosenberg, CE. “Social Class and Medical Care in Nineteenth-century America: The Rise and Fall of the Dispensary.”

Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 29:1, January 1974, pp. 32-54.

Taliberg, Marianne. "Venny Snellman, Finnish Nurses, and Rockefeller Foundation Support, 1929-1959." *Nursing History Review* 14, February 2006, pp. 175-188.

四、結案報告

盧孳艷,〈醫療照護的跨界流動:專業形構、國際援助與知識生產——戰後國際援助下臺灣公共衛生護理知識典範與實務工作之延續或斷裂〉。科技部專題研究計畫期末報告, MOST 104-2511-S-010-001-MY2,2015 年 8 月 1 日至 2017 年 9 月 30 日。

Encountering Their Silhouettes: The Public Health Nurses of Public Health Centers Who Traveled through Households in Taiwan (1950s–1970s)

Chang Shu-ching *

Abstract

Being a nurse, called *kangofu* 看護婦, was a new occupation for women during the period of Taiwan under Japanese colonial rule, a profession which was only occupied by women until the 1980s. The promotion of public health work in Taiwan began during the Japanese colonial period, especially in the later part with the rise of health care workers, *hokenfu* 保健婦, who can be viewed as the pioneers of Taiwan's public health nurses. After the retrocession of Taiwan to the Republic of China in 1945, under the support of U.S. aid and government resources, the public health centers established throughout the township level became the most basic public health institution in Taiwan. Operating from these centers, public health nurses became mainly responsible for publicizing various health affairs, promoting the knowledge of health policies, preventive health care, maternal and pediatric health, as well as infectious disease prevention and control. In addition to performing these public health

* Professor, Chang Gung University, College of Medicine, Department of Medical Humanities and Social Sciences, Taoyuan City, Taiwan. Research Fellow, Linkou Chang Gung Memorial Hospital, Department of Anatomic Pathology, Taoyuan City, Taiwan.

duties, one of the most important tasks of public health nurses was home visits. They utilized their female roles to establish relationships with housewives, and during the visits, they not only observed the living conditions of the families in question, but also disseminated "correct" health knowledge. Through archives, health magazines, work reports, and newspapers, this article demonstrates that when considering the training of public health nurses at public health centers as well as their public health work and home visit practices from the 1950s to 1970s, one can apprehend the image of these nurses and how public health knowledge was circulated between them and women in post-war Taiwan.

Keywords: public health, public health nurse, home visit, public health center, nursing history